

Anni Nieminen & Kirsi Tervo

**Leikkauspotilaan tarkistuslistan käytön toteutuminen Kainuun keskussairaalan
leikkaus- ja anestesiaosastolla.**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2015

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Anni Nieminen & Kirsi Tervo	
Työn nimi Leikkauspotilaan tarkistuslistan käytön toteutuminen Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Toimeksiantaja Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto, osastonhoitaja Liisa Kemppainen
Aika Kevät 2015	Sivumäärä ja liitteet 42/5
<p>Sairaalahoidossa olleille potilaille joka kymmenennelle sattuu poikkeava tapahtuma, joka johtaa tai saattaisi johtaa potilaan hoidosta saamaan haittaan. Tutkimusten mukaan puolet näistä todetuista haitoista olisi voitu estää. Leikkaustiimin tarkistuslista on maailmanlaajuinen työkalu, joka lisää potilasturvallisuutta. Sen käyttö vähentää leikkauksissa tapahtuvia potilasvahinkoja sekä kuolemia.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustiimit käyttävät leikkauspotilaan tarkistuslistaa. Tavoitteena oli saada leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä tutkittua tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiaosasto voi kehittää toimintatapojaan potilasturvallisuutta edistävasti. Opinnäytetyömme tutkimustehtävänä oli, miten leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttö toteutuu Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla leikkaustiimien toimesta?</p> <p>Toimeksiantajamme oli Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Liisa Kemppainen. Tutkimusmenetelmänä käytimme havainnointia. Keräsimme aineiston havainnoimalla leikkaustiimin toimintaa toimienpidesalissa. Havainnointia varten anoimme tutkimusluvan ylihoitajalta. Tutkimusaineiston analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että vastuu tarkistuslistan läpikäymisestä jakaantuu eri leikkaustiimin jäsenten välillä. Äänenkäyttö ja keskittyminen tarkistuslistan läpikäymisessä olivat vaihtelevia. Tarkistuslistan läpikäymisessä ei käytetty yhtenäistä linjaa ja sen käyttö toteutuu puutteellisesti. Myös tarkistuslistan läpikäymisen kirjaamisessa ilmeni erilaisia käytänteitä.</p> <p>Jatkotutkimuksena voisi olla tarkistuslistan käyttöön liittyvän oppaan kehittäminen osastolle. Olisi myös hyvä selvittää, millaisilla asioilla työntekijöiden motivaatiota ja tietoisuutta tarkistuslistan käytöstä ja tärkeydestä saisi lisättyä. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, mitä tarkistuslistan käytön laiminlyömisestä voisi seurata yksilötasolla.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Potilasturvallisuus, Leikkauspotilaan tarkistuslista, Leikkaushoito & Leikkaustiimi
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Anni Nieminen & Kirsi Tervo	
Title Use of Surgical Patient Checklists in the Surgery and Anesthesia Ward at Kainuu Central Hospital	
Optional Professional Studies	Commissioned by Kainuu Central Hospital Surgery and Anesthesia Ward, Head Nurse Liisa Kemppainen
Date Spring 2015	Total Number of Pages and Appendices 42/5
<p>An adverse event that leads or may lead to an adverse effect happens to every ten patient in hospital, and a half of these events could be prevented. The surgical safety checklist (later referred to as surgical patient checklist) is a world-widely implemented tool that increases patient safety and decreases patient injuries and deaths in operating rooms.</p> <p>The purpose of this thesis was to study how the surgical patient checklist was used in the Surgery and Anesthesia ward at Kainuu Central Hospital (KAKS). The aim of this thesis was to retrieve research-based information on how the surgical patient checklist was used, which would allow the Surgery and Anesthesia ward to develop safer procedures. The research task was to explore how the surgical patient checklist was used by the surgical team in the Surgery and Anesthesia ward at the KAKS.</p> <p>The commissioner of this thesis was Liisa Kemppainen, head nurse at the KAKS Surgery and Anesthesia Ward. Observation was used as the qualitative research method in this thesis, and research material was collected by observing surgical team actions in the operating room. The permission for observation was given by the director of. The material was analyzed with deductive content analysis.</p> <p>The results revealed that the responsibility for using the surgical patient checklist was divided between the anesthetist and anesthetist nurse. Voice control and concentration during the use varied. It also became evident that the checklist was not used consistently and that it was not used appropriately. There were also different practices to record the checklist into the anesthesia form.</p> <p>Further study could focus on developing a guide for the ward. It would also be useful to study what matters increase staff motivation towards using the surgical patient checklist and their knowledge of its importance. It would be interesting to find out what consequences the failure to use the checklist might have to individuals</p>	
Language of Thesis Finnish	
Keywords	Patient Safety, Surgical Safety Checklist, Surgical treatment, Surgical team
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

”Potilasturvallisuuden viisi vaarallisinta sanaa ovat:

TÄMÄ EI VOI TAPAHTUA MEILLÄ”

- Jari Saarinen

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA	3
2.1 Potilasturvallisuus	3
2.2 Leikkaushoidon intraoperatiivinen vaihe	5
2.3 Leikkauspotilaan tarkistuslista	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	12
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS	13
4.1 Kohderyhmän valinta	14
4.2 Aineistonkeruu	15
4.3 Aineiston analysointi	18
5 TULOKSET	21
6 POHDINTA	27
6.1 Tulosten tarkastelua	27
6.2 Eettisyys	30
6.3 Luotettavuus	32
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	34
6.5 Ammatillinen kasvu	36
LÄHTEET	38

LIITTEET

Liite 1 WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista

Liite 2 Kainuun keskussairaalan leikkauspotilaan tarkistuslista

Liite 3 Tutkimuslupahakemus

Liite 4 Tutkimustiedote

Liite 5 Havainnointilomake

1 JOHDANTO

Sairaalahoidossa olleille potilaille joka kymmenennelle sattuu poikkeava tapahtuma, joka johtaa tai saattaisi johtaa potilaan hoidosta saamaan haittaan. Joka sadannelle potilaalle tapahtuu hoidossa vakava haitta. Tutkimusten mukaan puolet näistä todetuista haitoista olisi voitu estää. Haittatapahtumien arvioidaan liittyvän noin 700 - 1700 Suomessa tapahtuvaan kuolemaan vuodessa. (Tilastotieto 2014.)

WHO:n potilasturvallisuusliitto on käynnistänyt vuonna 2007 maailmanlaajuisen potilasturvallisuutta edistävän menetelmän, jolla voidaan vähentää leikkaustoimenpiteisiin liittyviä haittatapahtumia. Kansainväliset eri alojen asiantuntijaryhmät kehittivät kirjallisuuden ja kokemusten perusteella Safe Surgery Saves Lives -ohjeistuksen, jonka keskeisin työkalu on leikkaustiimin tarkistuslista. (Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009, 4249.) Leikkaustiimin tarkistuslista on maailmanlaajuinen työkalu, joka lisää potilasturvallisuutta. Sen käyttö vähentää leikkaussaleissa tapahtuvia potilasvahinkoja sekä kuolemia. Sen tarkoituksena on parantaa leikkausturvallisuutta lisäämällä leikkaustiimin kommunikointia sekä tiimityötä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Kainuun keskussairaala on perustettu vuonna 1969 Kajaaniin ja leikkaus- ja anestesiaosasto on toiminut heti alusta lähtien. Leikkaus- ja anestesiaosastolla edustettuina ovat kirurgian tärkeimmät osa-alueet. Osastolla tehdään urologisia, ortopedisia, gastroenterologisia, verisuonikirurgisia sekä gynekologisia toimenpiteitä. Osastolla on edustettuna myös korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaustoiminta. (Mäenpää 2009, 150 – 151.) Keskussairaalassa tehtiin vuonna 2013 noin 6000 leikkausta vuodessa, näistä elektiivisiä toimenpiteitä oli noin 4500 (Punnonen 2013, 19). Osastolla tehdään pääasiassa elektiivisiä eli suunniteltuja toimenpiteitä ja osastolla on myös jatkuva valmius päivystystoimenpiteitä varten. Osaston toiminta on ympärivuotista. Organisaatiossa työskentelevät kirurgit, anestesiologit sekä muu hoitohenkilökunta. Osastolla on kahdeksan toimenpidesalia sekä yksi heräämö. Osaston yhteydessä toimii myös päiväkirurginen yksikkö. (Kainuun Sote 2012.)

Opinnäytetyömme tilaajana oli Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja. Keräsimme opinnäytetyömme aineiston havainnoimalla leikkaustiimin toimintaa toimenpidesalissa havainnointilomakkeen avulla. Havainnoimista ohjasi leikkaus- ja anestesiaosaston oma leikkaustiimin tarkistuslista, josta käytämme nimeä leikkauspotilaan tarkistuslista.

Se pohjautuu WHO:n kehittämään maailmanlaajuiseen potilasturvallisuutta edistävään leikkaustiimin tarkistuslistaan. Havainnoinneista kirjoitimme kenttämuistiinpanoja, joista saimme induktiivisen sisällönanalyysin avulla tutkimuksemme tulokset.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustiimit käyttävät leikkauspotilaan tarkistuslistaa. Tavoitteena oli saada leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä tutkittua tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiaosasto voi kehittää toimintatapojaan potilasturvallisuutta edistävästi.

Valitsimme aiheen, koska leikkauspotilaan tarkistuslistalla on suuri merkitys potilasturvallisuuteen ja se on ollut Kainuun keskussairaalan leikkaustiimien käytössä vasta muutaman vuoden. Opinnäytetyömme keskeisempinä kompetensseina ovat hoitotyön asiakkuusosaaminen sekä päätöksenteko-osaaminen (Opetusministeriö 2006 63 – 65). Opimme toimimaan eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti hoitotyössä sekä asiakaslähtöisessä hoitotyön tekemisessä. Opimme hyödyntämään näyttöön perustuvaa tietoa opinnäytetyön toteuttamisessa sekä hyödyntämään erilaisia tutkimustuloksia hoitotyössä

2 LEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Opinnäytetyömme teoreettinen tausta pohjautuu käsitteille potilasturvallisuus, leikkaushoito, leikkauspotilaan tarkistuslista ja leikkaustiimi. Opinnäytetyömme käsittelee leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttöä, leikkaushoidon intraoperatiivisen hoitotyön ympäristössä.

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden tarkoituksena on taata potilaalle oikea ja tarkoituksenmukainen hoito, josta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus tarkoittaa niitä periaatteita ja toimintoja, joita terveydenhuollossa toimivat yksilöt sekä organisaatiot noudattavat varmistaakseen hoidon turvallisuuden sekä estääkseen potilaan vahingoittumisen. (Mitä on potilasturvallisuus 2014.) Potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan sairauksien ehkäisyn, diagnostiikan sekä hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta (Potilasturvallisuusopas 2011). Myös laite- ja lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan sitä, että toimintaan sisältyy sellaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, jotka vahvistavat toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille, eikä vain saavuttaa tavoiteltua hoitotulosta. Tällaisten menettelytapojen tai järjestelyiden tehtävänä on varmistaa, että tarvittavat asiat on selvitetty ja tehty oikein. Tästä esimerkkinä on WHO:n tekemä kansainvälinen potilasturvallisuutta lisäävä leikkaustiimin tarkistuslista. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuutta edistävä ohjausryhmä on valmistellut ensimmäisen suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009 - 2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Strategian tarkoituksena on yhtenäistää potilasturvallisuuskulttuuria ja edistää sen toteutumista. Strategia on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille, niiden potilaille, asiakkaille ja heidän omaisilleen. Strategian tavoitteena on potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 3.)

WHO määrittelee vaaratapahtuman tilanteeksi tai olosuhteeksi, jossa olisi voinut tapahtua tai tapahtui tarpeetonta haittaa potilaalle. Haitalla tarkoitetaan sellaista tapahtumaa, joka ei ole osa suunnitelmallista hoitoa tai todennäköinen hoitoon tai sairauteen liittyvä haitta. Vaaratapahtumien ehkäisemiseksi on tiedettävä niiden syntyyn vaikuttavat tekijät, tunnistettava riskit ja hallita ne sekä ajateltava ennakoivasti. Vaaratapahtuma on harvoin yhden ihmisen toiminnan aiheuttama tai yksittäinen poikkeama. Taustalla on useita eri tekijöitä, jotka heikentävät turvallisen hoidon toteutumista. Näiden tekijöiden selvittäminen on ensiarvoisen tärkeää, koska vain siten potilasturvallisuutta voidaan kehittää entistä parempaan suuntaan. (Helovuori ym. 2011, 20 - 21.)

Vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta olisikin ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta olisi hyvin säädeltyä. Potilasturvallisuuden edistäminen vaikuttaa myös kustannuksiin. Kokemusten perusteella potilasturvallisuuden takaamiseksi on siirrettävä huomio yksittäisistä työntekijöistä sekä virheistä potilaille sattuneiden haittatapahtumien vähentämiseen ja poistamalla palvelujärjestelmässä olevia riskejä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11 - 12.)

Potilasturvallisuutta pitää kehittää, jotta haittatapahtumien määrä vähenisi sekä kustannukset ja mahdolliset korjaustoimenpiteet saataisiin minimoitua (World Health Organization 2008, 2-4). Haittatapahtumat johtavat usein sairaalakierteeseen, viivästyneeseen parantumiseen, uusiin toimenpiteisiin, potilaan vammautumiseen tai jopa menehtymiseen. Haittatapahtumat aiheuttavat inhimillistä kärsimystä sekä taloudellisia kustannuksia. Suurin haittojen aiheuttajista ovat lääkehoitoon liittyvät vahingot ja toiseksi suurin kirurgiseen hoitoon liittyvät haitat. (Helovuori ym. 2011, 19.)

Potilasturvallisuuden edistäminen leikkaushoitotyössä on tärkeää. ”Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä” - opinnäytetyössä (Sillanpää 2009) yhtenä tutkimusongelmana oli selvittää potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä leikkaussalissa. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että ongelmat informaation kulussa, epäselvät määräykset ja ohjeet olivat suurimpia syitä siihen, että potilasturvallisuus vaarantuu. Muita syitä olivat virheet lääkkeen annostelussa, kiire, henkilökunnan motivaation puute ja vaihtuvat leikkaustiimit.

Hyvän hoidon perusedellytys onkin, että hoito on ennalta suunniteltua ja leikkaukseen vaikuttavat tekijät on selvitelty hyvissä ajoin (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 482). Leikkaus-

hoitoon liittyy aina komplikaatoriski. Komplikaatiot voidaan jaotella välittömiin tai viivästyneisiin komplikaatioihin. Välittömät komplikaatiot tulevat esiin toimenpiteen aikana tai heti toimenpiteen jälkeen. Niiden syynä on joko väärä toimenpide tai epäonnistunut leikkaus. Viivästyneet komplikaatiot ilmenevät vasta toimenpiteen jälkeen. Niitä ovat muun muassa verenvurkaumat, infektiot, vaivan uusiutuminen, laskimotukos tai imunestekertymä. (Juutilainen 2009.)

2.2 Leikkaushoidon intraoperatiivinen vaihe

Ympäri maailmaa tehdään leikkauksia noin 235 miljoonaa vuodessa. Näissä leikkauksissa vammautuu seitsemän miljoonaa potilasta ja kuolee miljoona ihmistä. Arviolta puolet näistä komplikaatioista ja kuolemista johtuvat inhimillisistä virheistä, mitkä voitaisiin estää. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108.)

Leikkaushoitoon liittyy kolme vaihetta, joita ovat pre-, intra- ja postoperatiivinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilaasta on tehty leikkauspäätös. Se päättyy, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Preoperatiivinen vaihe sisältää potilaan tietojen keräämisen, tutkimusten tekemisen sekä potilaan tapaamisen ja ohjaamisen. Moniammatillinen työryhmä valmistelee potilaan hoitoympäristön. Intraoperatiivisen vaiheen jälkeen siirrytään postoperatiiviseen vaiheeseen. Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on vastaanotettu heräämöhön ja se kestää toimenpiteen jälkeiseen päivään saakka. Postoperatiivisen hoidon tarkoituksena on potilaan elintoimintojen ja voinnin vakiinnuttaminen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20 – 22.) Keskityimme opinnäytetyössämme leikkaushoidon intraoperatiiviseen vaiheeseen.

Leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvaa potilaan vastaanottamisen ja heräämöhön tai teho-osastolle luovuttamisen välistä aikaa kutsutaan intraoperatiiviseksi vaiheeksi. Intraoperatiivisessa vaiheessa suoritetaan leikkauksia sekä toimenpiteitä. Intraoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen ryhmätyö, jossa potilaan perus- ja erikoistarpeet tyydytetään. (Lukkari ym. 2007, 20.) Käytimme opinnäytetyössämme sanaa toimenpide, joka käsittää myös leikkauksen.

Intraoperatiivisen hoitotyön tärkeimpänä tehtävänä ovat potilaan henkinen tukeminen ja hänen turvallisuuden tunteensa ylläpitäminen. Tärkeää on potilaan voinnin ja tajunnantason jat-

kuva arvioiminen. Intraoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu hoitoteknologian ja hoitomenetelmien hallinta, sekä aseptinen työskentely koko toimenpiteen ajan. Toteutettu toimenpide ja anestesiahoito tulee kirjata ja raportoida tarkasti. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Intraoperatiivisen hoidon vaiheet sisältävät potilaan vastaanottamisen leikkaus- ja anestesiaosastolle, anestesiavalmistelut sekä anestesian aloituksen, toimenpidevalmistelut, anestesian aikaisen hoitotyön, itse toimenpiteen, anestesian päättämisen sekä potilaan siirron heräämööntai teho-osastolle. Intraoperatiivisen hoidon aikana potilas on tasavertainen hoitoonsa osallistuja. Sairaanhoitajan tehtävä on huolehtia koko ajan potilaan hyvinvoinnista sekä kaikista niistä toiminnoista, joista potilas ei itse kykene huolehtimaan. (Iivanainen ym. 2012, 482.) Intraoperatiiviseen hoitoon osallistuvat kirurgi, anestesiologi ja sairaanhoitajista koostuva hoitotiimi. Hoitajat toimivat anestesia-sairaanhoitajana, instrumentoivana sairaanhoitajana sekä valvovana sairaanhoitajana. Usein tiimiin kuuluu myös lääkintävahtimestari. Välillisesti intraoperatiiviseen vaiheeseen liittyy myös sairaalan johto, siistijät sekä välinehuoltajat. (Lukkari ym. 2007, 45 – 47.)

2.3 Leikkauspotilaan tarkistuslista

WHO:n potilasturvallisuusliitto WAPS (World Alliance for Patient Safety) aloitti vuonna 2007 ohjelman, jolla oli tarkoitus vähentää leikkaushaittoja. Ohjelman yhtenä tavoitteena oli leikkaustiimin tarkistuslistan kehittäminen, testaaminen ja käyttöönotto maailmanlaajuisesti. Leikkaustiimin tarkistuslistassa on 19 kohtaa ja sen kehittämiseen osallistui anestesiologeja, kirurgeja, hoitajia sekä turvallisuusasiantuntijoita. Mallia leikkaustiimin tarkistuslistaan on otettu ilmailusta, jossa tarkistuslistat ovat olleet käytössä jo vuosikymmenten ajan. (Ikonen ym. 2010, 108.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut suomenkielisen versionsa WHO:n kehittämästä tarkistuslistasta (LIITE 1). Vuonna 2010 THL antoi suosituksensa leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä kaikissa maamme leikkaustoimenpiteissä. Tätä versiota voi käyttää kaikissa leikkaustoimenpiteissä. (Kainuun Sote 2014, 12.)

WHO:n kehittämästä tarkistuslistasta käytetään eri kutsumanimiä. THL sekä Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) käyttävät nimitystä leikkaustiimin tarkistuslista (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Valvira, eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto kutsuu sitä leikkaussalin tarkistuslistaksi (Valvira 2015). Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla käytettävä lista on nimeltään leikkauspotilaan tarkistuslista

(LIITE 2). Tästä syystä käytimme opinnäytetyössämme leikkaustiimin tarkistuslistasta nimeä leikkauspotilaan tarkistuslista.

Leikkauspotilaan tarkistuslistaa on testattu kahdeksassa eri keskuksessa ympäri maailmaa. Mukana olivat niin korkean teknologian maat kuin matalan tulotason maat. Tulokset leikkauspotilaan tarkistuslistan kokeilusta raportoitiin tammikuussa vuonna 2009 *The New England Journal of Medicine*:ssä. Tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen leikkauskomplikaatiot ja kuolleisuus vähenivät yli kolmanneksella. Komplikaatiot vähenivät huomattavasti, haavainfektiot laskevat lähes puolella ja uusintatoimenpiteet vähenivät. Korkean teknologian maissa tarkistuslistaa käytettäessä 31 kertaa, estettiin yksi komplikaatio ja 333 kertaa käytettäessä pystyttiin estämään yksi kuolema. Näyttö hyödyistä on siis riittävä, mutta lisätutkimusta eri leikkaussaliympäristöistä tarvitaan vielä. Komplikaatioista aiheutuvien potilasvahinkojen lisäksi tarkistuslistan avulla voidaan myös vähentää kustannuksia. (Ikonen ym. 2010, 108.)

Leikkauspotilaan tarkistuslistaa käytetään jokaisessa toimenpiteessä ja jokainen tiimin jäsen kuuntelee tarkkaan listan läpikäymisen. Tarkoituksena on, että lista käydään läpi ajatuksen kanssa eikä vain mekaanisesti läpikäyden. Tiimin vastuuhenkilöllä, joka yleensä on valvova sairaanhoitaja, on oltava mahdollisuus estää tiimiä siirtymästä seuraavaan vaiheeseen ennen kuin tarvittavat tarkistukset on tehty. (Leikkaussalissa tapahtuu 2014.) Suositeltavaa on, että yksi leikkaustiimin jäsenistä ottaa vastuun siitä, että tarkistuslistan kaikki kohdat käydään läpi ja ne kirjataan ylös. Vastuuhenkilö voi hoitajan lisäksi olla joko kirurgi tai joku muu toimenpiteeseen osallistuva henkilö. Vastuuhenkilön tulee varmistaa, että leikkaustiimi on toteuttanut tarkistukset ennen kuin seuraavaan kohtaan voidaan siirtyä. Vastuuhenkilön nimeämisellä varmistetaan, että kiireessä ei siirrytä seuraavaan vaiheeseen eikä muita turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä jätetä huomioimatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

WHO suosittaa, että leikkauspotilaan tarkistuslista muokataan yksikön tarpeisiin sopivaksi. Tarkistuslistan kokoaminen ja käyttöönottoaminen vaatii hoitajien, anestesiologien ja kirurgien välistä yhteistyötä ja sitoutumista asialle. He perehtyvät listaan tarkemmin, laativat yksikölle sopivan käyttöönottosuunnitelman ja huolehtivat hoitohenkilökunnan kouluttamisesta. Tarkistuslistan käyttöä on opeteltava ja annettava henkilöstölle aikaa tottua ajatukseen sen käytöstä, koska se vaikuttaa pysyvään toimintamallien ja asenteiden muutokseen. Vaikka jokaisen potilaan hoidon kohdalla ei havaita poikkeamaa, se ei tarkoita, että tarkistukset olisivat turhia. Se on kuitenkin helppo ja halpa työväline, jolla on osoitettu olevan mittavia hyötyjä niin kansainvälisissä kuin suomalaisissakin tutkimuksissa. (Ikonen ym. 2010, 108 - 111.) Tarkistuslistan

käyttöä voidaan pitää aikaa vievänä ja rasittavana, koska sen käytön oppiminen vaatii harjoittelua. Tavoitteena ei kuitenkaan ole listan ulkoa muistaminen vaan potilasturvallisuuden pysyvyyden varmistaminen ja sellaisen kulttuurin luominen ja säilyttäminen, joka arvostaa turvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Tarkistuslistan käyttöä on tutkittu potilasturvallisuuden näkökulmasta. Mertasen & Pitkäsen (2013) ”Tarkistuslista hoitotyössä – hoitonetti” – opinnäytetyössä tutkimustulokset osoittivat, että tarkistuslistan käytöllä on paljon potilasturvallisuutta edistäviä vaikutuksia. Tutkimustulokset osoittivat, että toimenpiteeseen valmistautuminen tarkentui tarkistuslistan käytön myötä, vakavien komplikaatioiden määrä väheni, tiimien kommunikaatio parani, kirjaaminen tehostui ja se paransi hoidon tuloksia. Sen avulla muun muassa tarpeettomien röntgenkuvien ottaminen väheni ja potilaan taustatietoihin perehtyminen parantui.

Etula, Korolainen & Lilja (2013) ovat tutkineet leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuutta Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiayksikkö 4302:ssa. ”Leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuus” – opinnäytetyön tuloksista selviää, että työntekijät pitivät tarkistuslistaa pääasiassa hyödyllisenä, mutta sen käyttöönotossa on esiintynyt ongelmia. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että tarkistuslistan räätälöiminen erikoisala-kohtaisesti lisäisi sen käytettävyyttä. Käyttöä lisäisi myös esimiesten parempi sitoutuminen tarkistuslistan käyttöä kohtaan sekä alaisten velvoittaminen tarkistuslistan käyttöön. Tarkistuslistan käyttöä heikensi myös se, ettei tarkistuslistan vastuullista käyttäjää ole määritelty selkeästi organisaatiossa.

Leikkauspotilaan tarkistuslista on otettu käyttöön Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla vuonna 2012. Anestesiologit ovat muokanneet leikkauspotilaan tarkistuslistan osastolle sopivaksi. (Hentunen & Liedes 2014, 18. Holmberg, Inkinen & Volmanen 2013.) Leikkauspotilaan tarkistuslistaa (LIITE 2) käytetään kaikissa Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla tehdyissä toimenpiteissä. Poikkeuksena ovat ainoastaan silmä- ja keisarileikkaukset, joihin on räätälöity erilliset tarkistuslistat (Hentunen & Liedes 2014, 18, Kauppinen 2013). Leikkauspotilaan tarkistuslistan jokaisella kohdalla on merkitys potilasturvallisuudelle.

Leikkauspotilaan tarkistuslista (LIITE 2) jaetaan kolmeen vaiheeseen: ennen induktiota, ennen toimenpiteen alkua ja ennen salista poistumista. Listan avulla varmistetaan, että potilaan keskeiset tiedot on huomioitu ja tarvittavat valmistelut on tehty ennen seuraavaan vaiheeseen

siirtymistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Ennen induktiota -vaiheessa tarkistetaan potilaan henkilöllisyys, tehtävä toimenpide, leikkausalue ja/tai -puoli, anestesiavälineistö (anestesiakone, imu, valvontalaitteet), veren hyytymiseen vaikuttavan lääkityksen käyttö, allergiat, ravinnotta oloaika sekä arvioidaan ilmäteiden toiminta, aspiraatoriski sekä verenvuotoriski. Toisessa vaiheessa, eli ennen toimenpiteen alkua, käydään läpi toimenpiteen kulku ja kriittiset tekijät. Tarkistetaan onko antibioottiprofylaksia annettu, onko tarvittavat röntgenkuvat esillä, huomioidaan tulipalon riskit sekä tuodaan toimenpiteen mahdolliset odotettavissa olevat ongelmat esille anestesiologin ja kirurgin toimesta. Viimeisessä vaiheessa ennen potilaan salista poistumista, tarkistetaan toimenpiteen kirjaaminen, varmistetaan toimenpiteessä käytettyjen instrumenttien, neulojen ja taitosten lukumäärä, selvitetään onko toimenpiteessä otettu näytteitä sekä kysytään jatkohoito-ohjeet ja kirjataan ne. (LIITE 2)

Potilaan tunnistaminen on olennainen osa potilasturvallisuutta. Potilas tulee aina tunnistaa yksiköstä toiseen siirrettäessä, näytteitä otettaessa sekä lääkeshoidon ja toimenpiteiden yhteydessä. Tunnistaminen ehkäisee monia vaaratapahtumia, kuten väärin lääkkeiden antamista, näytteiden ottoa väärältä henkilöltä, väärän potilaan siirtämistä yksiköstä toiseen tai väärän toimenpiteen suorittamista. Potilaan tunnistamisen peruslähtökohtana on, että hänet tunnistetaan kahta lähdettä käyttämällä ja hän saa olla osana tunnistamisprosessia. Organisaatiossa tulisi olla yhteiset, selkeät toimintaperiaatteet potilaan tunnistamista varten. (Helovuori ym. 2011, 203 - 204.) Toimenpide tarkistetaan henkilöllisyyden tarkistamisen jälkeen, jotta varmistutaan, että kyseiselle potilaalle ollaan tekemässä oikea toimenpide (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.).

Erittäin vakava, mutta harvinainen leikkaushoidossa tapahtuva haittatapahtuma on potilaan väärään raajaan tai väärälle puolelle tehty toimenpide. Häätätoimenpiteet, kiire sekä leikkaukseen osallistuvien kirurgien määrä kasvattavat riskiä erehtyä operoitavasta alueesta. Haittatapahtuma voidaan ehkäistä merkitsemällä operoitava raaja tussilla ennen toimenpidettä, varmistamalla oikea puoli useampaan kertaan sekä leikkaustiimin keskinäisellä kommunikaatiolla. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94 – 95.) Potilaan allergioiden tarkistaminen ja huomioiminen ovat tärkeitä anestesiahoitoon kannalta. Lääkeaineallergian ja ruoka-aineallergian selvittäminen ennen toimenpidettä on tärkeää, jotta anestesiahoitaja osaa valita oikeat anestesia-aineet. (Vaasan keskussairaala 2014.) Leikkauspotilaan ravinnotta oloaika tarkoittaa sitä, että potilas ei saa syödä kiinteää ruokaa kuuteen tuntiin ennen toimenpidettä, eikä juoda kirkkaita nesteitä kahta tuntia ennen toimenpidettä. Ravinnotta oloaika tarkistetaan, jotta potilas ei aspiroisi toimenpiteen aikana. Aspiraatio tarkoittaa mahansisällön joutumista hengitysteihin. (Iivanainen ym. 2012, 472.)

Anestesiahoitajalla on vastuu hoitovälineistön varaamisesta, tarkistuksesta sekä käyttökuntoon saattamisesta. Näiden asioiden valmisteluiden periaatteena pidetään sitä, että jokaisen leikkauksaliin tulevan potilaan anestesiaa varten käydään järjestelmällisesti läpi tarkistettavat ja valmisteltavat asiat. Valmisteluissa käydään läpi hoitolaitteita ja -järjestelmiä, jotka vastaavat anestesian onnistumisesta sekä potilaan elintoiminnoista. Näitä hoitolaitteita ovat tarkkailumonitorit sekä hengitysjärjestelmät. Tämän vuoksi leikkauspotilaan tarkistuslistassa ovat kohdat: anestesiakone tarkistettu, imu toimii sekä pulssioksimetri ja muut valvontalaitteet kytketty. Imulaite on aina oltava käyttökunnossa ja se pitää tarkistaa, ennen potilaan toimenpidettä. Imulaitteella ehkäistään muun muassa potilaan aspiroiminen. (Lukkari ym. 2007, 136, 163.)

Leikattavalla potilaalla voi olla käytössä toimenpiteen aikana veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys. Lääkitys voi aiheuttaa leikkauspotilaalle ylimääräistä verenhukkaa ja näin ollen verenvuodon riski on arvioitava sekä huomioitava jokaiselta leikkauspotilaalta erikseen. (Niemi & Lassila 2004.) Tästä syystä on huolehdittava potilaalle riittävä i.v. -yhteys eli suoniyhteys sekä verivaraus. Potilaan ilmateitä arvioidessa huomioidaan anatomiset piirteet, kuten pieni leuka, lihavuus, kapea kitalaki, huono suun avautuminen ja kaularangan jäykkyys. Intubaatiota voi hankaloittaa myös synnynnäiset kasvojen epämuodostumat, jotkin perussairaudet, kuten diabetes mellitus ja reuma. Myös ylähengitysteiden kasvaimet, kasvojen vammat sekä suun ja ylähengitysteiden akuutit tulehdukset vaikuttavat intubaatioon. Intubaatiolla varmistetaan nukutetulle potilaalle vapaa hengitystie. (Lukkari ym. 2007, 259.)

Antibioottiprofylaksia vähentää leikkauspotilaiden riskiä saada haava-, virtsatie- tai hengitystieinfektio. Antibiootti annetaan potilaalle induktiovaiheessa, ennen toimenpiteen aloittamista ja mieluiten tuntia ennen ensimmäistä viiltoa. (Sipilä 2011.) Antibiootti annetaan suoraan laskimoon, koska silloin lääkeaine imeytyy nopeasti vereen ja kudoksiin. Tunnin raja perustuu useisiin tutkimuksista saatuihin tietoihin. Antibioottia on oltava leikattavan alueen kudoksissa mahdollisimman paljon viiltohetkellä. Liian varhain annettu antibiootti ehtii poistua elimistöstä ja liian myöhään annettu ei ole päässyt viiltopinnalle saakka. (Anttila 2013, 3149- 3151.)

Mahdolliset röntgenkuvat tulee olla kirurgin käytettävissä intraoperatiivisesti. Röntgenkuvat ovat kirurgin apuna toimenpidettä tehdessä. (Lukkari ym. 2007, 237.) Tulipaloriski tulee huomioida, sillä potilaaseen kiinnitetään diatermian neutraalielektrodi eli maadoituslevy. Diatermialaitteen oikea käyttö ja sen maadoituslevyn sijoitus potilaaseen ovat sähköturvallisuuden kannalta oleellisia asioita, koska näiden käyttö aiheuttaa potilaalle suurimman palovammavaa-

ran. Diatermialaitteella leikataan ja koaguloidaan eli hyydytetään kudoksia ja verisuonia. Maadoituslevy tulee sijoittaa lähelle leikkausalueetta, jotta virta kulkee mahdollisimman lyhyen matkan potilaassa. Maadoituslevyn tulee olla kosketuksessa mahdollisimman suuressa lihaksessa, jotta varmistetaan hyvä ihokontakti. Lihaksikkaassa kehonosassa on oltava hyvä verenkierto. Alueet, joissa on runsaasti rasvakudosta, tulee välttää, koska rasva johtaa huonosti sähköä. (Lukkari ym. 2007, 202, 287.) Anestesiahoitaja ja anestesiologi kirjaavat anestesiaa ja vointia koskevat tiedot anestesiaomakkeelle. Valvova sairaanhoitaja kirjaa leikkausvalmisteluista ja leikkauksesta tiedot perioperatiiviselle hoitolomakkeelle. Kirjaamisella taataan potilaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. (Iivanainen ym. 2012, 488 – 489.)

Toimenpiteen aikana ja ennen leikkaushaavan sulkemista kaikki käytetyt taitokset lasketaan ja instrumentit tarkastetaan, sillä leikkausalueelle jäänyt vierasesine voi aiheuttaa haattatapahtuman potilaalle. Haattatapahtuman todennäköisyys on pieni, eikä tutkittua tietoa haattatapahtumien esiintymisestä ole. Laskuilla ja varmistuksilla pyritään kumminkin haattatapahtumien välttämiseen. (Kinnunen ym. 2009, 95.) PAD tarkoittaa patologisanatomista diagnoosia. Sillä voidaan määrittää taudin diagnoosi otettujen solu- ja kudoksenäytteiden avulla. Jos toimenpiteessä löytyy jotakin normaalista poikkeavaa, kirurgi ottaa näytteen, jonka avulla hän määrittää lopullisen diagnoosin. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Leikkaukseen osallistuva hoitohenkilökunta toteuttaa potilaan hoitosuunnitelmaa. Potilaan hoidosta kerätyn oleellisen tiedon tulee siirtyä suullisena ja kirjallisena raporttina hoitoyksiköstä toiseen, jotta tiedetään potilaan hoidon vaiheet ja jatkohoito-ohjeet. Jatkohoito-ohjeiden huomioiminen sekä kirjaaminen takaavat myös potilaan hoidon jatkuvuuden. (Iivanainen ym. 2012, 481.)

Leikkauspotilaan tarkistuslistan käytön lähtökohtana on, että lista käydään läpi ääneen ja siinä mainitut asiat huomioidaan. Tarkistuslistan käyttö tulisi olla leikkaustiimin yhteinen asia. Tarkistuslistasta vastaava hoitaja käy listaa kohta kohdalta läpi ja listan kohdista vastaavat henkilöt vahvistavat ääneen, onko asia tehty. Vastaukset pyritään pitämään vakiomuotoisina ja yksinkertaisina. Yleinen vastaus tarkistettavan kohdan vahvistamiseksi voi olla ”kyllä ” tai ”ei tarvetta”. Vahvistus annetaan tarkastettavasta asiasta vasta sitten, kun se on varmasti huomioitu. Listassa ei edetä eteenpäin, jos tarkistettavasta asiasta ei ole saatu varmuutta. Jos listalla oleva tarkistettava kohta on tekemättä, kyseinen kohta tehdään ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. Kun kukin kohta on käyty läpi, tarkistuslistasta vastaava henkilö ilmoittaa, että lista on läpikäyty. Leikkaussalikäytäntöön kuuluu, että tarkistettavat asiat kuitataan selkeällä ja kuuluvalla äänellä. (Leikkaustiimin tarkistuslista - KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN 2010.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustiimit käyttävät leikkauspotilaan tarkistuslistaa. Tavoitteena oli saada leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä tutkittua tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiaosasto voi kehittää toimintatapojaan potilasturvallisuutta edistävästi.

Opinnäytetyön tutkimustehtävä:

Miten leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttö toteutuu Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla leikkaustiimien toimesta?

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS

Opinnäytetyömme oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa subjektiivisen lähestymistavan avulla pyritään kuvaamaan elämäkokemuksia ja antamaan niille merkityksiä. Hoitotyön kiinnostus kvalitatiivisesta tutkimuksesta on saanut alkunsa 1970-luvun lopulla. Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy tutkittavien asioiden kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen. Sillä on keino tutkia ilmiön syvyyttä, rikkautta ja monimutkaisuutta. (Burns & Grove 1999, 338 - 339.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimukseen sisältyy tutkijan arvolähtökohdat, jotka muovaavat tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii olemassa olevien totuuksien todentamisen sijasta löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon kerääjänä, sillä tutkija luottaa omiin havaintoihinsa enemmän kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein induktiivista analyysiä, eli aineistolähtöistä analysointia. Kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157,160.)

Käytimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä osallistuvaa havainnointia. Havainnointi antaa tietoa siitä, toimivatko ihmiset niin, kuin he sanovat toimivansa. Havainnointi on tietoista tarkkailua, eikä vain pelkkää näkemistä. Havainnoimiselle voidaan asettaa erilaisia vaatimuksia, jotka erottavat tarkkailun arkipäiväisestä tarkkailusta. (Hirsjärvi ym. 2007,187 - 215.) Havainnoinnin etuna on välittömän, suoran tiedon saaminen tutkittavasta ilmiöstä. Havainnoinnin avulla päästään keräämään aineistoa luonnolliseen ympäristöön. Havainnointi onkin todellisen elämän ja maailman tutkimista. Havainnoinnin huonona puolena on, että tutkija saattaa häiritä havainnoinnillaan tilannetta, tai jopa muuttaa sitä. Havainnoitsija ei saa antaa omien tunteidensa eikä omien ennakkokäsitystensä vaikuttaa havainnointiin. Muutoin objektiivisuus saattaa kärsiä. Havainnointi on aikaa vievä aineistonkeruumenetelmä. Havainnointiin liittyy myös eettisiä ongelmia, sillä tutkittava ei välttämättä ole tietoinen kaikista asioista, mitä tutkija havainnoi. Havainnoinnin avulla voidaan saada mielenkiintoista ja monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2007, 208 - 209.)

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu tutkittavan kohteen toimintaan heidän omilla ehdoillaan siinä määrin, mikä on tutkimuksen kannalta tarpeellista. Tutkija pyrkii pääsemään

havainnoitavan ryhmän jäseneksi, jolloin tutkittava ryhmä hyväksyy tutkijan osaksi omaa työyhteisöään. Osallistuvaa havainnointia on useita eri alalajeja ja ne määräytyvät sen mukaan, kuinka paljon tutkija osallistuu tutkittavien toimintaan. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija voi pyrkiä täydellisesti ryhmän jäseneksi tai tutkija on osana ryhmää, mutta hän on pelkkänä havaintojen tekijänä. Tärkeää on, että tutkija pitää havainnot ja omat tulkintansa erillään tekemistään havainnoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 211–212.) Toteutimme aineistonkeruun osallistuvan havainnoinnin avulla niin, että olimme pelkästään vain havaintojen tekijänä. Emme siis osallistuneet leikkaustiimien toimintaan millään tavalla. Teimme alusta asti selväksi sen, että olemme ryhmässä vain havaintojen tekijänä emmekä osallistu leikkaustiimin toimintaan.

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkijan ja tutkittavien vuorovaikutus tapahtuu kohderyhmän ehdoilla. Tutkijan osallistumisen tulisi vaikuttaa mahdollisimman vähän tapahtumien kulkuun tai ei lainkaan. Tutkija ei kuitenkaan voi aina osallistua huomiota herättämättä, mutta hänen ei myöskään kuulu tuoda itseään esille tarkoituksellisesti. (Grönfors 1985, 92–94.)

4.1 Kohderyhmän valinta

Tutkittavan kohderyhmän valinnassa on tärkeää, että henkilöt tuntevat tutkittavan ilmiön mahdollisimman hyvin ja heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87 - 88). Tutkimuksemme kohderyhmät valikoituivat aineistonkeruupäivänä töissä olevista työntekijöistä. Toimeksiantajamme oli ennalta valikoinut leikkaustiimit ja salit, joissa pääsimme tekemään havainnointimme. Leikkaustiimissä jäsenet vaihtuivat päivittäin, joten melkein jokaisella havainnointikerralla meillä oli eri leikkaustiimit havainnoitavana.

Leikkaustiimiin kuuluvat anestesiologi, kirurgi sekä sairaanhoitajista koostuva hoitotiimi. Sairaanhoitajat toimivat anestesiahoitajana, instrumentoivana tai valvovana hoitajana. Kohderyhmän iällä, sukupuolella ja jäsenten vaihtuvuudella ei ollut merkitystä tutkittavan ilmiön havainnointiin vaan sillä, miten tiimin jäsenet suhtautuivat meihin tutkijoina.

4.2 Aineistonkeruu

Opinnäytetyömme pohjautuu keväällä 2014 valmistuneeseen opinnäytetyöhön; ”Kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä: Kysely Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle”. Kyseisen opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Sen avulla selvitettiin leikkaustiimin kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä. Tulokset osoittivat listan läpikäymisessä puutteita, vaikka sen koettiin edistävän potilasturvallisuutta. Lyhemmän intraoperatiivisen työkokemuksen omaavien tulisi saada lisäkoulutusta listan käyttöön liittyen. Tulokset osoittivat myös, että leikkaustiimin sisäinen hierarkia vaikutti listan läpikäymiseen. (Hentunen & Liedes 2014, 27 - 33, 47- 49.)

Käytimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä osallistuvaa havainnointia. Toimeksiantajamme halusi saada kyselytutkimuksen lisäksi konkreettista sekä monipuolisempaa näkökulmaa leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä. Tämän vuoksi keräsimme aineistomme havainnoimalla. Kävimme leikkaus- ja anestesiaosastolla tiedottamassa henkilökuntaa tutkimuksestamme tammikuussa 2015. Samalla jätimme osastolle kirjallisen tiedotteen tulevasta tutkimuksestamme. Toimeksiantajamme toimitti tutkimustiedotteen (LIITE 4) anestesiologian ylilääkärille, joka tiedotti anestesiologeja tutkimuksestamme. Haimme tutkimuslupaa ylihoitajalta. Osastolla oli valmis tutkimuslupahakemus (LIITE 3), jonka allekirjoittivat opinnäytetyömme ohjaava opettaja ja osastonhoitaja. Ylihoitaja hyväksyi tutkimuslupahakemuksemme.

Kun suunnitellaan uusi lomake, se tulee esitestata ennen varsinaista käyttöönottoa. Esitestaamisen avulla voidaan lomakkeen käyttösopivuutta tarkastella ja muotoilla tarvittavia asioita uudelleen sopivammaksi. Lomakkeen esitestaaminen on välttämätöntä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204.) Käytimme havainnoinnin apuvälineenä puolistrukturoitua havainnointilomaketta (LIITE 5), jonka suunnittelimme leikkauspotilaan tarkistuslistan pohjalta. Esitestsimme havainnointilomakkeen helmikuussa 2015 ennen virallista havainnointia ja virallinen havainnointi tapahtui samalla lailla kuin esitestaaminen. Muokkasimme havainnointilomaketta esitestauksen jälkeen lisäten siihen kohdan ”Ei tarvetta”. Havainnointilomake osoittautui muokkauksen jälkeen toimivaksi ja selkeämmäksi meille itselle. Käytimme esitestauksesta saamaamme aineistoa tutkimuksessamme, koska koimme saavamme aineistosta hyödyllistä tietoa tutkimusta varten.

Aamulla osastolle mentäessä pukeuduimme osaston suojavaatteisiin ja meillä oli omat työengät mukana. Havainnointitilannetta varten meillä oli tarvittavat muistiinpanovälineet mukana eli havainnointilomakkeet, kynä ja vihko, johon kirjoitimme toimenpiteen jälkeen kenttämuisiinpanot. Havainnoimme leikkaustiimien toimintaa heidän luonnollisessa työympäristössä toimenpidesaleissa. Toteutimme havainnoinnit aamupäivällä viitenä eri päivänä helmikuun ja maaliskuun välisenä aikana. Sovimme jokaisen käyntikerran erikseen toimeksiantajamme kanssa, jotta hän kerkesi ilmoittaa leikkaustiimeille tulostamme ja valita toimenpidesalit, joissa havainnoimme. Havainnointeja kertyi kahdestatoista eri toimenpiteestä.

Kävimme havainnoimassa mahdollisimman monipuolisesti erilaisissa elektiivisissä eli suunnitelluissa toimenpiteissä. Emme osallistuneet päivystys- tai hätätoimenpiteisiin. Emme myöskään osallistuneet tekonivel- ja silmäkirurgiatoimenpiteisiin, emmekä keisarileikkauksiin, koska silmäkirurgiaan ja keisarileikkauksiin on räätälöity omat tarkistuslistansa ja tekoniveltoimenpiteisiin emme päässeet suurentuneen infektiovaaran vuoksi (Infektioriskin pienentäminen n.d.). Olimme toimenpidesalissa mukana, mutta emme osallistuneet leikkaustiimin toimintaan. Ennen toimenpiteen alkamista, kysyimme leikkaustiimiltä suostumuksen olla mukana seuraamassa toimenpidettä. Pidimme itse huolen siitä, että pääsimme havainnoimaan tasapuolisesti erilaisissa anestesiaosastoissa tehtyjä toimenpiteitä. Erilaisilla anestesiaosastoilla tarkoitamme eri puudutusmenetelmiä sekä nukutusta. Puudutuksia oli viisi havainnoitavista kerroista ja nukutuksia oli seitsemän.

Olimme koko toimenpiteen ajan anestesiahoitajan lähettyvillä tai valvovan hoitajan työpisteen vieressä, kuitenkin niin ettemme häirinneet leikkaustiimin toimintaa. Emme liikehtineet turhaan salissa toimenpiteen aikana. Merkitsimme havaintomme puolistrukturoidulle havainnointilomakkeelle, jossa oli rasti-ruutuun-merkinnällä olevia kohtia sekä muutama avoin kohta, joihin kirjoitimme omin sanoin tekemiämme havaintoja. Havainnointilomakkeessa ilmeni havainnoija, havainnointiaika ja -paikka sekä toimenpide.

Havainnoimme erikseen toimenpidesaleissa, sillä potilaan infektiotilanne kasvaa, mitä enemmän toimenpidesalissa on ihmisiä. Sairaalassa potilaana olevilla vastustuskyky on alentunut ja näin ollen infektion voi saada herkemmin. Bakteerit leviävät helposti käsien kautta, joten riittävästä käsihygieniasta tulee huolehtia. (Infektioriskin pienentäminen n.d.) Emme päättäneet etukäteen, montako havainnointikertaa tulemme tekemään. Havainnoimme niin monta kertaa, että aineisto satureitui eli saimme aineistosta esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. Aineisto on

riittävä silloin, kun samat asiat kertautuvat. (Hirsjärvi ym. 2007, 177.) Päättimme lopettaa aineiston keräämisen, kun huomasimme, että aineisto ei antanut enää uutta tietoa.

Havainnointilomakkeen tukena kirjoitimme kenttämuistiinpanoja, joihin kirjasimme ylös jokaisesta toimenpiteestä tekemämme havainnot. Kirjoitimme kenttämuistiinpanoihin havainnointilomakkeen avulla saadut tiedot. Kiinnitimme havainnoinnissa huomiota siihen, kuka ottaa vastuun listan läpikäymisestä, miten se käydään läpi ja kirjataanko sen läpikäyminen. Viitaten Hentusen ja Liedeksen (2014) opinnäytetyön osoittamaan tulokseen sisäisen hierarkian vaikutuksesta tarkistuslistan läpikäymiseen, kiinnitimme huomiota sen näkymiseen toimenpiteissä ja leikkaustiimien toiminnassa. Tutkijana tätä oli vaikea havaita, koska meillä ei ollut keinoja havaita sitä, miten leikkaustiimin jäsenet käyttäytyvät eri tilanteissa.

Kenttämuistiinpanojen kirjoittamiseen pyrimme heti havainnoinnin jälkeen, jolla varmistimme sen, että mitkään tarvittavat yksityiskohdat eivät unohdu. Kirjoitimme kenttämuistiinpanomme osastolla, ennalta sovitussa rauhallisessa tilassa. Muistiinpanoista on hyvä ottaa kopio ja alkuperäisiä muistiinpanoja ei tule säilyttää samassa paikassa kuin kopioituja (Grönfors 1985, 130–131). Kirjoitimme kenttämuistiinpanot paperille. Paperiversiosta kirjoitimme kenttämuistiinpanot tietokoneelle. Tietokoneelle kirjoitettuna kenttämuistiinpanojen käsittely helpottui aineiston analysointivaiheessa.

Kenttämuistiinpanot tulisi numeroida, esimerkiksi juoksevilla numeroinnilla, jolloin jokaiselle muistiinpanosivulle annetaan juokseva numero. Näin varmistetaan, että aineisto pysyy järjestyksessä ja numeroinnista voidaan varmistaa, että kaikki muistiinpanot ovat pysyneet tallessa. Kenttämuistiinpanojen merkitsemisessä voidaan käyttää myös päivämerkintää. Tavallisin tapa merkitä kenttämuistiinpanoja, on käyttää päivämerkintää ja juoksevaa numerointia muistiinpanoissa. (Grönfors 1985, 136 -137.) Meidän havainnointilomakkeessa ja kenttämuistiinpanoissa oli päivämäärä merkittynä ja kenttämuistiinpanot numeroimme juoksevilla numeroinnilla. Päiväysten ja numeroinnin avulla pystyimme tarkistamaan, mitkä havainnoinnit liittyvät mihinkin kenttämuistiinpanoihin. Samalta päivältä teimme havaintoja ja kenttämuistiinpanoja useampia, sillä meitä oli kaksi havainnoijaa. Siksi kirjoitimme havainnointilomakkeeseen ja kenttämuistiinpanoihin myös havainnoijan nimen sekä toimenpiteen.

Tutkijalla on vastuu kenttämuistiinpanoista, joten tutkijan on huolehdittava, että muistiinpanot eivät joudu vieraisiin käsiin, eivätkä myöskään niiden käsiin, joista ne kertovat. Kenttämuis-
tiinpanot on säilytettävä turvallisesti. (Grönfors 1985, 137.) Emme antaneet ulkopuolisten
nähdä kenttämuistiinpanoja tai havainnointilomakkeen merkintöjä missään vaiheessa.

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä pidetään sisällönanalyysia. Laadullinen
analyysi jakautuu kolmeen eri osaan. On olemassa induktiivista eli aineistolähtöistä päättelyä,
deduktiivista eli teorialähtöistä päättelyä sekä abduktiivista eli teoriasidonnaista päättelyä. Näi-
den kolme päättelytavan erot liittyvät siihen, kuinka teoria ohjaa tutkittavan ilmiön aineiston
hankintaa, analyysivaihetta sekä raportointia. (Tuomi ym. 2002, 95, 100.)

Analysoimme tutkimusaineistomme induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Induktiivisessa si-
sällönanalyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, että tut-
kijoiden aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät ohjaa tutkimuksen analyysia (Kankku-
nen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkittavasta aineis-
tosta nousee esiin teemoja, jotka tutkija löytää oman ymmärryksensä avulla (Tuomi ym. 2002,
102).

Havaintojen tuottamisessa tärkeimmät kysymykset ovat mitä, miten, kuinka ja miksi. Tutkija
siis selvittää, mitä ovat tutkimuskohdetta koskevat havainnot. Kuinka tutkittavassa ilmiössä
mukana olevat ihmiset tuottavat tilanteet tutkimuskohteessa. Miten tutkijan tekemät havainnot
liittyvät toisiinsa ja miten havainnoilla voidaan ratkaista tutkimustehtävä. Tutkija myös selvit-
tää, miksi ihmiset toimivat, niin kuin toimivat. (Vilkkä 2006, 78.)

Induktiivinen sisällönanalyysi etenee kolmessa vaiheessa (Kankkunen ym. 2013, 167). Ensim-
mäinen vaihe on pelkistäminen, eli havaintojen yhdistäminen ja toinen vaihe on tulosten tul-
kinta. Kolmas vaihe on aineiston abstrahointi. Tutkimusaineisto ei ole yksinään vastaus tutki-
mustehtävään, vaan se on materiaalia, josta tutkimus voidaan tehdä. Pelkistämisen avulla tut-
kimusaineisto saadaan hallittavammaksi. Tutkimusaineisto ryhmitellään, jolloin se karsitaan
erillisiksi havainnoiksi. Tämän jälkeen havainnot yhdistetään erilaisiksi joukoiksi etsimällä yh-
teisiä piirteitä ja nimittäjiä. Havaintojen pelkistäminen on sisällönanalyysia, jossa tutkimusai-

neistoa tarkastellaan vain olennaisista näkökulmista. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla pyritään muotoilemaan sääntö, sääntörakenne tai yleinen teorian, joka sopii koko tutkimusaineistoon. (Vilkkä 2006, 81 - 83.) Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys sekä tutkimustehtävämme määrittivät olennaiset näkökulmat tutkimuksellemme.

Tutkimusaineiston pelkistämisen jälkeen siirrytään tulosten tulkintaan. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla tuotetut havainnot osoitetaan mielekkäiksi tutkimusaineiston, teorian ja muiden tutkimusten avulla. Saatujen havaintojen pelkistäminen tuottaa raakahavaintoja. Raakahavainnot kertovat tutkijalle, kuinka tutkittavat ihmiset toimivat, kirjoittavat tai puhuvat tutkimusaineistossa. Havainnot toimivat johtolankoina tulkinnan tekemisessä. Tässä kohtaa liitetään myös teoria osaksi tulkintaa. Tulkintaan liittyy myös ymmärrys tutkimusaineistoa kohtaan. Tutkijan on kyettävä löytämään tutkimusaineistosta johtoajatus. Johtoajatus on perusteltava tutkimusaineiston avulla. Havainnot on tarkoituksenmukaisesti yhdistettävä toisiinsa. Tieto syntyy, kun tutkija käy vuoropuhelua tutkimusaineiston ja teorian kanssa. (Vilkkä 2006, 86 – 89.)

Kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Tutkija muodostaa aineiston alkuperäisistä ilmaisuista teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Induktiivisen sisällönanalyysin tarkoituksena on, että tutkija yhdistää käsitteitä ja saa näin ollen vastauksen tutkimustehtäväänsä. Analysointi perustuukin tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 114–115.)

Aloitimme tutkimuksen analysoinnin siten, että tulostimme kopioita tietokoneelle kirjoittamistamme kenttämuistiinpanoista, joita aloimme analysoida kysymysten ”kuka ottaa vastuun tarkistuslistan läpikäymisestä”, ”miten tarkistuslista käydään läpi” ja ”kirjataanko läpikäyminen” avulla. Tämä helpotti hahmottamaan oikeiden asioiden löytämistä. Koodasimme eli yliviväsimme tekstistä eri väreillä asioita, jotka vastasivat meidän opinnäytetyön tutkimustehtäväämme. Ensiksi yliviväsimme teksteistä samalla värillä asioita, jotka vastasivat kysymykseen ”kuka ottaa vastuun tarkistuslistan läpikäymisestä”. Sitten yliviväsimme toisella värillä asioita, jotka vastasivat kysymykseen ”miten tarkistuslista käydään läpi” ja viimeiseksi tarkastelimme tekstistä asioita, jotka vastasivat kysymykseen ”kirjataanko tarkistuslistan läpikäyminen”. Tämän vaiheen jälkeen aloimme tehdä taulukkoa, joka auttoi meitä tutkimustulosten muodostamisessa. Teimme taulukon, johon kirjoitimme kenttämuistiinpanoistamme alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat tutkimustehtävään. Alkuperäisilmaisuista, jotka kokosimme samaa asiaa ilmaiseviin ryhmiin, teimme pelkistettyjä ilmaisuja, jotka helpottivat aineiston ryhmittelyä ala-

ja yläkategorioihin. Yläkategorioista muodostimme yhdistäviä kategorioita, jotka sisällöltään vastasivat tutkimustehtäväämme. Yläkategorioista muodostimme yhdistäviä kategorioita, jotka sisällöltään vastasivat tutkimustehtäväämme. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Kuvio 1 havainnollistaa aineistomme analyysia, sen miten muodostimme alkuperäisilmaisuista tutkimuksemme tulokset.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Potilaan kanssa keskusteltiin samanaikaisesti tarkistuslistan läpikäymisen, kohtien 1 ja 2 aikana. 2	Potilaan kanssa keskusteltiin tarkistuslistan läpikäymisen aikana. 2	Tarkistuslistan läpikäymisen aikana keskittyminen on muualla kuin listan läpikäymisessä.	Leikkaustiimin jäsenten keskittyminen oli vaihtelevaa.	Keskittyminen leikkauspotilaan tarkistuslistan läpikäymiseen oli vaihtelevaa.
Listaa läpikäydessä muut tiimin jäsenet tekivät omia hommiaan, mutta vastailivat silti anestesiologin kysymiin kohtiin. 6	Muut tiimin jäsenet puuhailivat omia juttujaan listan läpikäymisen aikana. 6			
...salissa muut tiimiläiset (instrumentoiva ja valvova sh) puuhailivat omia juttujaan samaan aikaan kuin listaa käytiin läpi, joka osaltaan häiritsi listan kohtien kuulemista. 7	Muut tiimin jäsenet puuhailivat omia juttujaan listan läpikäymisen aikana. 7			
Instrumentoiva hoitaja ja valvova hoitaja eivät kommentoineet mitenkään listan läpikäymiseen. 2	Instrumentoiva ja valvova hoitaja eivät kommentoi listan läpikäymistä. 2			
Tiimi valmisteli potilasta samalla, kun anestesiologi kävi listaa läpi. Keskittymisen oli siis potilaan valmistelussa. 4	Leikkaustiimi keskittyy potilaan valmisteluun eikä listan läpikäymiseen. 4			

Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen ja muodostuminen luokkiin.

5 TULOKSET

Opinnäytetyömme tulokset muodostuivat 12 eri havainnointikerran aikana saaduista aineistoista. Aineistot analysoimme induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Käytämme suoria lainauksia kenttämuistiinpanoista, jotka yhdistävät tutkimustuloksemme tutkimusaineistoon. Suorat lainaukset ovat kursivoituna tekstissä.

Tulokset vastasivat opinnäytetyömme tutkimustehtävään ”Miten leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttö toteutuu Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla?”. Tutkimustulokset osoittivat, että vastuu tarkistuslistan läpikäymisestä jakaantuu eri leikkaustiimin jäsenten välillä. Äänenkäyttö ja keskittyminen tarkistuslistan läpikäymisessä olivat vaihtelevia. Tarkistuslistan läpikäymisessä käytettiin eri toimintatapoja ja sen vaiheiden läpikäyminen toteutui puutteellisesti. Myös tarkistuslistan läpikäymisen kirjaamisessa ilmeni erilaisia käytänteitä.

Vastuu tarkistuslistan läpikäymisestä jakaantui pääsääntöisesti anestesiologin ja anestesiasairaanhoitajan kesken. Anestesiologi otti vastuun tarkistuslistan 1.”Ennen induktiota” ja 2.” Ennen toimenpiteen alkua” – vaiheista. Anestesiasairaanhoitaja otti vastuun vaiheesta 3.”Ennen salista poistumista”. Vastuun jako oli selkeästi havaittavissa toimenpiteiden aikana: anestesiologi otti vastuun toimenpiteen alussa ja anestesiasairaanhoitaja toimenpiteen loppuvaiheessa ennen kuin potilas poistui salista.

Anestesiologi eteni kohta kohdalta niin, että jatkoi seuraavaan vasta kun oli vastauksen siihen saanut. Hän kävi ennen nukutusta tarkistuslistan vaiheet ”Ennen induktiota” ja ”Ennen toimenpiteen alkua”. (kenttämuistiinpano)

Lopuksi anestesiasairaanhoitaja luki tarkistuslistan viimeisen vaiheen ”Ennen salista poistumista” ääneen edeten niin, että sai vastauksen jokaiseen vaiheen sisältämään kohtaan. (kenttämuistiinpano)

Tämän jälkeen anestesiologi aloitti potilaan nukuttamisen, vaikka instrumentoituva sairaanhoitaja muistutti häntä, että tarkistuslistaa ei ole vielä luettu. (kenttämuistiinpano)

Anestesiologi teki omia valmisteluitaan, kun anestesiasairaanhoitaja sanoi ääneen, että tarkistuslistan voisi käydä läpi. (kenttämuistiinpano)

Aineistosta kävi ilmi, että tarkistuslistalla edettiin pidemmälle, vaikka induktiota ei ollut aloitettu. Ennen induktion aloitusta käytiin leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheet 1.

”Ennen induktiota” ja 2. ”Ennen toimenpiteen alkua” samalla kertaa läpi. Eli potilaalle ei ollut aloitettu induktiota, silti anesthesiologi eteni tarkistuslistalla seuraavaan vaiheeseen. Toisinaan vaiheesta 2. ”Ennen toimenpiteen alkua” huomioitiin vain antibioottiprofylaksian tarve. Tällöin kaikki muut vaiheen 2 sisältämät kohdat jäivät huomiotta.

Hän kävi ennen nukutusta tarkistuslistan vaiheet ”Ennen induktiota” ja ”Ennen toimenpiteen alkua”. (kenttämuistiinpano)

Induktiota ei oltu aloitettu ja silti tarkistuslistassa edettiin pidemmälle. (kenttämuistiinpano)

Anesthesiologi käy ennen induktiota, myös kohdasta 2. ennen toimenpiteen alkua, kohdan antibioottiprofylaksia huomioitu. (kenttämuistiinpano)

Leikkauspotilaan tarkistuslistan läpikäymisessä käytettiin erilaisia toimintatapoja. Tarkistuslistan vaiheiden kohtia tuotiin esille ulkomuistista eli niitä ei konkreettisesti luettu toimenpidesalissa olevasta listasta. Tarkistuslistaa käytiin läpi ulkomuistista sekä anesthesiologin että anestesiahoitajan toimesta.

Anestesiahoitaja kävi ääneen läpi kohdat ”toimenpide kirjattu” ja ”jatkohoito-ohjeet kysytty ja kirjattu”, mutta hän ei lukenut niitä tarkistuslistasta. (kenttämuistiinpano)

Anesthesiologi saapui saliin ja kysyi ulkomuistista, onko henkilöllisyys varmistettu ja toimenpide todettu ja onko mahdolliset allergiat huomioitu. (kenttämuistiinpano)

Toisinaan tarkistuslistan kohtia käytiin kohta kohdalta läpi, tarkistuslistasta lukien. Tarkistuslistasta vastuussa oleva henkilö eteni listalla seuraavaan kohtaan, kun oli edelliseen tarkistettavaan asiaan saanut vastauksen. Näin varmistettiin, ettei mikään tarkistuslistan kohdista jäänyt tarkistamatta.

Ennen nukutusta anesthesiologi luki tarkistuslistasta vaiheet ennen induktiota ja ennen toimenpiteen alkua, edeten niin, että sai esittämiinsä kohtiin vastauksen ennen seuraavaan siirtymistä. (kenttämuistiinpano)

Tarkistuslistaa läpikäydessä äänenkäyttö oli vaihtelevaa. Suurimmaksi osaksi sitä käytiin läpi kuuluvalla ja selkeällä äänellä, niin että leikkaustiimin jäsenet kuulivat tarkistettavat kohdat ja pystyivät vastaamaan esitettyihin kysymyksiin. Toisinaan tarkistuslistasta vastuussa olevan henkilön äänen käyttö oli hiljaista, jolloin tutkijana oli vaikeuksia kuulla tarkistettavia kohtia.

Anestesiologi käy tarkistuslistaa läpi kuuluvalla ja selkeällä äänellä. (kenttämuistiinpano)

Anestesiologi rupesi lukemaan tarkistuslistaa hiljaisella äänellä, lähinnä anestesiahoitajalle, joka vastasi yhtä hiljaisesti anestesiologille. En kuullut puoliakaan tarkistuslistan läpikäymisestä, tuskain kuuli muukaan leikkaustiimi. (kenttämuistiinpano)

Muu leikkaustiimi keskittyi suurimmaksi osaksi tarkistuslistan läpikäymiseen, sillä he kuuntelivat sekä vastasivat tarkistuslistaan liittyviin kohtiin. **Havaitsimme myös, että toisinaan tarkistuslistan läpikäymisen aikana keskittyminen oli muualla kuin listan läpikäymisessä**, sillä potilasta saatettiin valmistella samanaikaisesti sekä hänen kanssaan voitiin myös keskustella. Leikkaustiimin jäsenet saattoivat puuhastella omaan työnkuvaansa liittyviä asioita tarkistuslistan läpikäymisen aikana, eivätkä kommentoineet mitenkään listan läpikäymiseen.

Anestesiahoitaja luki kuuluvalla äänellä ja muut hoitajat kuuntelivat sekä vastasivat ääneen. (kenttämuistiinpano)

Muut leikkaustiimin jäsenet olivat rauhallisia ja keskittyivät listan läpikäymiseen. (kenttämuistiinpano)

Potilaan kanssa keskusteltiin samanaikaisesti tarkistuslistan läpikäymisen, kohtien 1 ja 2 aikana. (kenttämuistiinpano)

Tiimi valmisteli potilasta samalla, kun anestesiologi kävi listaa läpi. (kenttämuistiinpano)

Tutkimustulokset osoittivat, että anestesiakaavakkeelle tarkistuslistan läpikäyminen kirjattiin erilaisin käytäntein. Havaitsimme, että läpikäyminen kirjattiin suurimmaksi osaksi virheellisesti anestesiakaavakkeelle, mutta kirjauksia tehtiin myös ihan oikealla tavalla, eli lista oli luettu ja kellonajat täsmäsivät läpikäymistä. Anestesiakaavakkeelle saatettiin jo ennakoon merkitä listan läpikäyminen tai sitten vasta toimenpiteen loputtua. Kellonajat puuttuivat. Virheellisyyttä havaittiin myös siinä, että tarkistuslistan läpikäyminen merkattiin anestesiakaavakkeelle, vaikka sitä todellisuudessa ei edes käyty läpi.

Tarkistuslistan läpikäyminen oli kirjattu anestesiakaavakkeelle, mutta siitä unpuivat kellonajat, jolloin kyseiset vaiheet oli suoritettu. (kenttämuistiinpano)

Anestesialomakkeeseen oli merkattu heti alussa valmiiksi rastit listan läpikäymisestä ja kellonaika puuttui. (kenttämuistiinpano)

Toimenpiteen lopussa anestesiakaavakeelle merkattiin koko tarkistuslista läpikäydyksi. (kenttämuistiinpano)

Anestesiakaavakeelle tarkistuslistan läpikäyminen kuitenkin merkattiin, vaikka sitä ei todellisuudessa luettu heille tehdystä ohjeesta. (kenttämuistiinpano)

Leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheiden läpikäyminen toteutui puutteellisesti. Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että tarkistuslistan ensimmäinen vaihe ”ennen induktiota” käytiin pääsääntöisesti aina läpi toimenpiteen alussa, mutta vaiheet ”ennen toimenpiteen alkua” ja ”ennen salista poistumista” jäivät puutteellisiksi. Teimme huomioita, että tarkistuslistassa olevat tietyt kohdat jäivät usein tarkistamatta, vaikka tarkistuslistaa muuten käytiin läpi. Toimenpiteissä, jossa toimenpide tehtiin puudutuksessa, jäivät usein seuraavat kohdat tarkistamatta: Ilmateiden arviointi tehty, aspiraatoriski huomioitu, verenvuotoriski arvioitu, tulipaloriski huomioitu, odotettavissa olevat ongelmat tuotu ilmi sekä tarvittavat röntgenkuvat esillä.

Kohdasta 1. ennen induktiota, ei käydy ilmateiden arviointia eikä aspiraatoriskiiä huomioida. Toimenpide tehdään spinaalipuudutuksessa, mikä saattoi vaikuttaa ilmateiden ja aspiraatoriskin huomiotta jättämiseen. (kenttämuistiinpano)

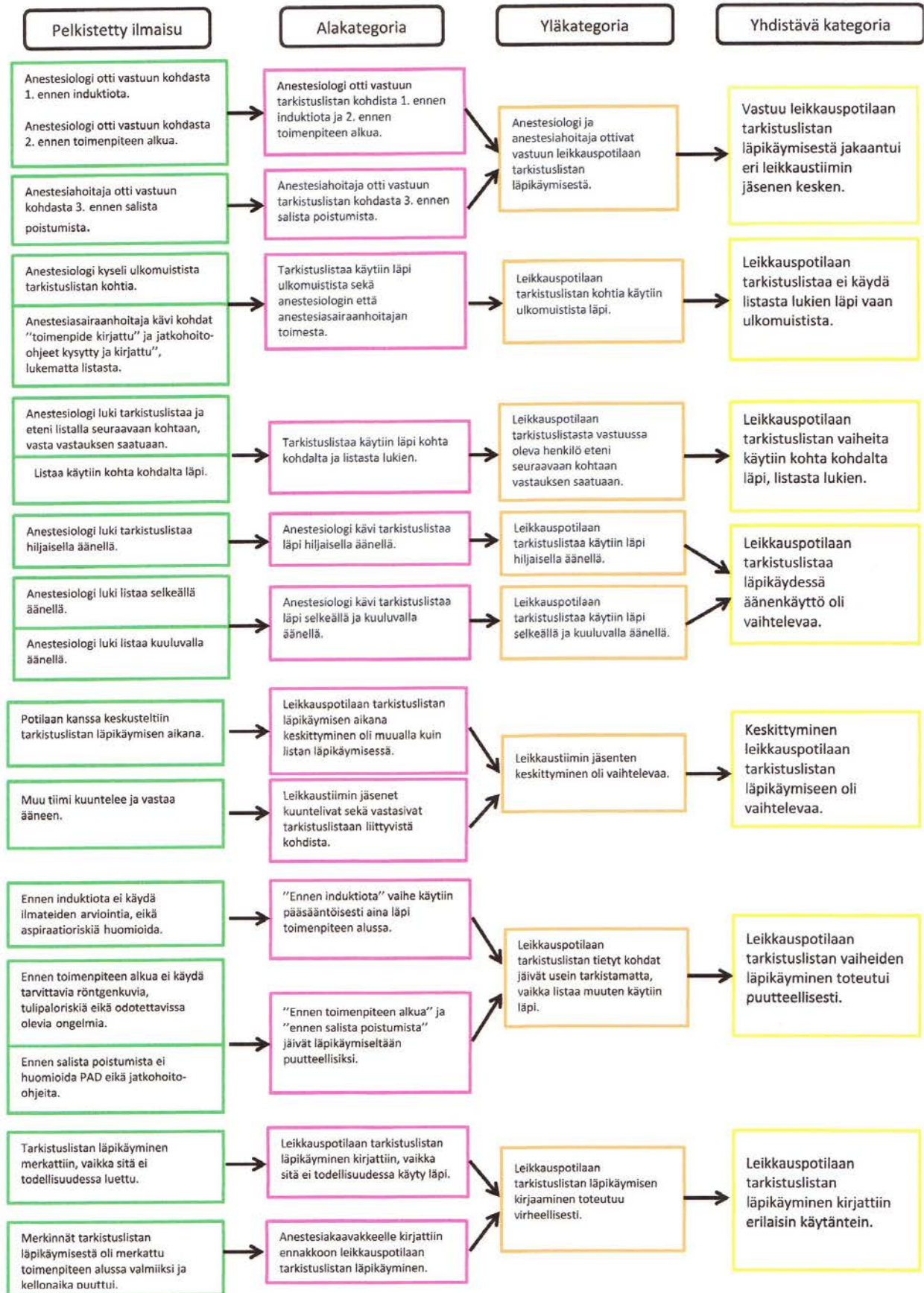
Kohdasta 2. ennen toimenpiteen alkua, ei käydy tarvittavia röntgenkuvia, tulipaloriskiiä eikä odotettavissa olevia ongelmia. (kenttämuistiinpano)

Toimenpiteissä, joissa potilas oli nukutettuna, jäi usein tarkistamatta kohdat: toimenpidepuolen merkitseminen, valvontalaitteet kytketty, veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys, ilmateiden arviointi, aspiraatoriski huomioitu, verenvuotoriski arvioitu, tarvittavat röntgenkuvat esillä, tulipaloriski huomioitu, odotettavissa olevat ongelmat tuotu ilmi, toimenpiteen kirjaaminen, jatkohoito-ohjeet kysytty ja kirjattu, instrumentit, neulat ja taitokset laskettu ja lukumäärä täsmää. Tarkistuslistan viimeistä vaihetta 3. ”ennen salista poistumista” käytiin hyvin harvoin kokonaan läpi, eli kohtia jäi tarkistamatta.

Seuraavia vaiheita ei käyty/en kuullut käytävän läpi: toimenpidepuolen merkitseminen (jos tarvetta), veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys, ilmateiden arviointi tehty, aspiraatoriski huomioitu, verenvuotoriski arvioitu, tarvittavat röntgenkuvat esillä, tulipaloriski huomioitu sekä odotettavissa olevat ongelmat tuotu ilmi. (kenttämuistiinpano)

PAD kohtaa ei huomioida ääneen. Jatkoahoito-ohjeita ei tarkisteta ääneen ennen potilaan poistumista salista. Kipulääkkeitä, tromboosiprofylaksian tarvetta sekä muita hoito-ohjeita ei lueta ääneen tarkistuslistan mukaisesti. (kenttämuistiinpano)

Kuvio 2 havainnollistaa opinnäytetyömme tutkimustuloksia, jotka saimme induktiivisen sisälönanalyysin avulla.



Kuvio 2. Havainnollistava kuvio opinnäytetyöemme tuloksista.

6 POHDINTA

Opinnäytetyömme tuotti lisää tutkittua tietoa leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä juuri Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Saadun tutkimustiedon perusteella leikkausosaston toimintatapoja leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttöön liittyen voidaan kehittää paremmaksi ja potilasturvallisuutta edistävästi. Henkilökunta sai ulkopuolisen näkökulman ja arvioinnin omiin toimintatapoihinsa ja näin he pystyvät kehittämään keskinäisiä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojaan. Näin potilasturvallisuus paranee ja turvallisuutta arvostava kulttuuri säilyy ja kehittyy.

Tarkastelimme opinnäytetyömme tuloksia verraten niitä muihin tutkimuksiin ja teoriaan, pohdimme eettisyyttä ja luotettavuutta sekä niiden toteutumista. Lopussa teimme johtopäätöksiä opinnäytetyömme tuloksista sekä mietimme kehittämisideoita leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle ja jatkotutkimusaiheita leikkauspotilaan tarkistuslistaan liittyen. Olemme myös pohtineet omaa ammatillista kasvua tämän opinnäytetyöprosessin aikana.

6.1 Tulosten tarkastelua

Vastuu leikkauspotilaan tarkistuslistan läpikäymisestä jakautui eri leikkaustiimin jäsenten välillä: anestesiologi otti vastuun toimenpiteen alussa ja anestesiahoitaja toimenpiteen loppuvaiheessa ennen kuin potilas poistui salista. Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla oli määrätty, että anestesiologi käy leikkauspotilaan tarkistuslistan läpi. Tämä ei aina kuitenkaan toteutunut. Joinakin kertoina jonkun tiimin jäsenistä piti muistuttaa anestesiologia tarkistuslistan läpikäymisestä, vaikkakaan siitä huolimatta sitä ei aina käyty läpi. Etula, Korolainen & Lilja (2013) opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttöä heikensi se, ettei tarkistuslistan vastuullista käyttäjää ole määritelty selkeästi organisaatiossa. Heidän opinnäytetyöstä kävi myös ilmi, että työntekijöillä tulisi olla selkeästi tiedossa, kuka ottaa vastuun tarkistuslistan läpikäymisestä. Yhden henkilön nimeämisellä varmistetaan, ettei siirrytä seuraavaan vaiheeseen, eikä tarkistuksia jätetä tekemättä (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.).

Ennen induktion aloitusta käytiin leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheet 1. ”Ennen induktiota” ja 2. ”Ennen toimenpiteen alkua” samalla kertaa läpi. Eli potilaalle ei ollut aloitettu in-

duktiota, silti anesthesiologi eteni tarkistuslistalla seuraavaan vaiheeseen. Tosin tällaisen etene-
misen he ovat voineet kokea hyväksi. Sosiaali- ja terveysministeriön leikkaustiimin tarkistus-
listan oppaassa (n.d.) sanotaankin, että jokainen yksikkö soveltaa listan omaan toimintaansa
sopivaksi ja löytävät tehokkaan tavan käyttää sitä. Toisinaan vaiheesta 2.”Ennen toimenpiteen
alkua” huomioitiin vain antibioottiprofylaksian tarve. Tällöin kaikki muut vaiheen 2 sisältämät
kohdat jäivät huomiotta. Tämän tuloksen perusteella pohdimme, onko tämä tapa käydä tar-
kistuslistan vaiheita läpi tehokasta tai potilasturvallista.

Aineistoa kerätessä huomasimme, että leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheiden kohtia tuotiin
esille ulkomuistista eli niitä ei konkreettisesti luettu toimenpidesalissa olevasta listasta. Tarkis-
tuslistaa käytiin läpi ulkomuistista sekä anesthesiologin että anestesiahoitajan toimesta.
Toisinaan tarkistuslistan kohtia käytiin kohta kohdalta läpi, tarkistuslistasta lukien. Näin var-
mistettiin, ettei mikään tarkistuslistan kohdista jäänyt tarkistamatta. Leikkauspotilaan tarkis-
tuslistan tavoitteena ei ole, että osataan ulkomuistista luetella vaiheet ja niiden sisältämät koh-
dat vaan sen tavoitteena on turvallisuutta arvostavan kulttuurin säilyttäminen ja potilasturval-
lisuuden takaaminen. Tarkistuslistan kohdat tarkistetaan kustakin vaiheesta suullisesti listasta
vastuussa olevan henkilön kanssa, jotta jokainen kohta tulee toteutettua. (Sosiaali- ja terveys-
ministeriö n.d.) Riskinä on, että jokin merkittävä kohta jää tarkistamatta ja sen seurauksena
potilaalle voi aiheutua merkittäviä haittoja.

Muu leikkaustiimi keskittyi suurimmaksi osaksi tarkistuslistan läpikäymiseen, sillä he kuunteli-
vat sekä vastasivat tarkistuslistaan liittyviin kohtiin. Havaitsimme myös, että toisinaan tarkis-
tuslistan läpikäymisen aikana keskittyminen oli muualla kuin listan läpikäymisessä, sillä poti-
lasta saatettiin valmistella samanaikaisesti sekä hänen kanssaan voitiin myös keskustella. Kuja-
mäen, Nelimarkan & Ovaskaisen (2015) opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmenee, että rau-
hattomuus leikkaussalissa sekä tiimin keskinäinen kommunikaation puute vaikuttaa tarkistus-
listan käytön onnistumiseen negatiivisesti. Kommunikaation puute näkyi myös siinä, että tar-
kistuslistan läpikäymistä ei kommentoitu muun tiimin osalta. Heidän tutkimustuloksensa
osoittivat myös sen, että rauhallisuus, selkeys ja hyvä kommunikaatio tarkistuslistaa läpikäy-
dessä vaikuttivat positiivisesti käytön onnistumiseen. Käytön toteutumista edesauttoi myös
leikkaussalin rauhallinen ja kiireetön tilanne, jolloin leikkaustiimin jäsenet keskittyivät ainoas-
taan tarkistuslistan läpikäymiseen.

Opinnäytetyömme tutkimustuloksista selviää, että äänenkäyttö leikkauspotilaan tarkistuslistan
läpikäymisessä oli vaihtelevaa. Suurimmaksi osaksi tarkistuslistaa käydään läpi selkeällä sekä

kuuluvalla äänellä, niin että leikkaustiimin jäsenet kuulivat tarkistettavat kohdat ja pystyivät vastaamaan niihin. Toisinaan tarkistuslistaa käytiin läpi hiljaisella äänellä, jolloin myös muun leikkaustiimin reagointi tarkistuslistan läpikäymiseen oli heikkoa. Tarkoituksena on, että jokainen leikkaustiimin jäsen kuulee tarkistuslistan läpikäymisen ja se käydään läpi ajatuksen kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d).

Leikkauspotilaan tarkistuslistan läpikäyminen kirjattiin erilaisin käytäntein. Havaitsimme, että kirjaaminen tehtiin usein virheellisesti, mutta joskus kirjaamiset tehtiin oikealla tavalla eli lista oli luettu ja kellonajat täsmäsivät läpikäymistä. Virheellisyyttä tapahtui usein silloin kun läpikäyminen oli kirjattu, vaikka listaa ei ollut todellisuudessa käyty läpi. Useimmiten myös kellonajat puuttuivat. Listan läpikäyminen saatettiin kirjata ennakoon tai vasta toimenpiteen loppussa.

Leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheiden läpikäyminen toteutui puutteellisesti. Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että leikkauspotilaan tarkistuslistan ensimmäinen vaihe ”ennen induktiota” käytiin pääsääntöisesti aina läpi toimenpiteen alussa, mutta vaiheet ”ennen toimenpiteen alkua” ja ”ennen salista poistumista” jäivät puutteellisiksi. Huomasimme, että monesti toimenpiteen loppupuolella leikkaustiimin jäsenet keskittyivät oman työnsä toteuttamiseen sekä toimenpiteen lopettelemiseen niin, että tarkistuslistan läpikäyminen jäi vähemmälle huomiolle. Cullati et al.(2014) tutkimuksessa todettiin, että tiimit käyttivät hyvin usein tai lähes järjestelmällisesti tarkistuslistan vaiheita ennen induktiota ja ennen toimenpiteen alkua, kun taas melkein puolet tutkimukseen osallistuvista kertoivat, että tarkistuslistan viimeinen, ”ennen salista poistumista” vaihe toteutui harvoin tai ei koskaan. Myös Kujamäen ym.(2015) opinnäytetyössä oli havaittu eroja leikkaustiimin tarkistuslistan vaiheiden läpikäymisessä. Heidän tutkimustuloksissaan alkutarkistus käytiin läpi kokonaan useimmissa toimenpiteissä, kun taas aikalisä ja lopputarkistus vaiheet käytiin puutteellisesti läpi.

Voidaan todeta, että tutkimustulokset ovat osaltaan melko samansuuntaisia kuin Hentusen ja Liedeksen (2014) tekemässä kyselytutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan tulokset osoittivat, että leikkaustiimin jäsenten asenteet tarkistuslistan käyttöä kohtaan olivat yhteydessä sen käyttämättömyyteen sekä kyselyyn vastanneiden mielestä anestesiologin tulisi vastata leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä hoidon intraoperatiivisessa vaiheessa. Kyselytutkimuksessa oli saatu selville myös se, että tarkistuslistan vaiheita käydään melko vaihtelevasti läpi, kuten meidänkin opinnäytetyön tulokset sen osoittivat.

Hentunen ja Liedes (2014) olivat saaneet myös erään merkittävän tuloksen esille, joka ilmeni melko vahvasti myös meidän opinnäytetyömme tuloksissa. Nimittäin heidän tutkimustuloksista selvisi, että anestesiologien keskuudessa oli havaittu ilmenevän jonkinlaista vastustusta tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Tämä voi osaltaan selittää sen, että osassa havainnoimistamme toimenpiteistä tarkistuslistaa ei luettu ollenkaan koko toimenpiteen aikana. Eli turvallisuutta edistävät kohdat jätetään tarkistamatta ja näin ollen potilasturvallisuus vaarantuu merkittävästi. Tästä koituu potilaalle, yksikölle sekä yhteiskunnalle suuria haittoja ja kustannuksia. On siis puntaroitava, riskeeratako potilasturvallisuus ja aiheuttaa mittavia kustannuksia vai turvata potilaan hoito ja käyttää pieni hetki listan läpikäymiseen. Leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttö on hyvällä alulla, mutta voidaan todeta, että sen käytössä on vielä kehittämisen varaa.

6.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys muodostaa kaikelle tieteelliselle toiminnalle sen ytimen. American Nurses Association on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Lähtökohtana ovat potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkittavan tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti, haavoittuvat ryhmät, lapset osallistujina tutkimukseen sekä tutkimuslupa. (Kankkunen ym. 2013, 211 - 223.)

Tutkimus on toteutettava niin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavalla on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkittavalle on kerrottava, että osallistuminen tutkimukseen on aidosti vapaaehtoista. Tutkittavalla on oltava mahdollisuus kysymysten esittämiseen sekä mahdollisuus kieltäytyä antamasta tietojaan eteenpäin. Tutkittavan kieltäytymisen tutkimuksesta ei saa aiheuttaa tutkimukselle uhkaa, mutta myöskään osallistumista ei tule erikseen palkita. Tutkimuksen saatekirje onkin oltava asiallinen sekä neutraali. Tutkittavan on tiedettävä täysin, mihin on lupautunut ja osallistuminen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Hänelle on myös kerrottava, että hän voi keskeyttää ja kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Tutkittavan on saatava tietää, millainen on tutkijan eettinen vastuu ja mitkä ovat tutkimuksesta aiheutuvat haitat sekä edut. Myös aineiston julkaiseminen ja sen säilyttäminen tulee olla tutkittavan tiedossa. (Kankkunen ym. 2013, 218 – 219.)

Tiedottaessamme henkilökuntaa tutkimuksestamme kerroimme, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja, että he voivat keskeyttää ja heillä on lupa kieltäytyä osallis-

tumasta tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Toimitimme leikkaus- ja anestesiaosastolle tutkimustiedotteen, jossa käy ilmi tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen ajankohta, osallistumisen vapaaehtoisuus, anonymiteetti sekä tutkijoiden ja opinnäytetyötä ohjaavan opettajan yhteystiedot.

Alkuun pohdimme, miten paljon leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle tulisi kertoa tulevasta tutkimuksestamme. Eettisestä näkökulmasta katsottuna tutkittavien tulisi tietää, miksi olemme siellä ja mitä tarkalleen ottaen tutkimme. Luotettavuuden näkökulmasta ajateltuna tutkittavien ei olisi tarvinnut tarkalleen tietää, mitä olemme siellä tutkimassa, koska se vaikuttaisi heidän käyttäytymiseensä ja toimintaansa toimenpiteiden aikana. Päädyimme lopulta kertomaan tutkimuksemme todellisen tarkoituksen, koska tutkittavilla oli oikeus saada tietää mitä tutkimme. Tätä pohdimme luotettavuuden arvioinnissa.

Tutkittavien valinta tulee perustua oikeudenmukaisuuteen, eli tutkittavaksi valikoidut henkilöt ovat tasa-arvoisia. Ei-toivottuja tutkittavia ei myöskään saa sulkea otoksen ulkopuolelle. Oikeudenmukaisuuden kunnioittamiseen lukeutuu myös tutkittavan kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntavan kunnioittaminen. Anonymiteetin suojaaminen tarkoittaa sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. Tutkittavaa ei saa tunnistaa tekstistä, esimerkiksi murteensa puolesta. Anonymiteetti voi liittyä myös organisaatioon. Tutkimusluvan yhteydessä on selvitettävä, saako tutkimukseen osallistuvan osaston nimeä mainita raportissa. (Kankkunen ym. 2013, 221 – 222.)

Tutkimusta varten tulee hakea tutkimuslupaa joko ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tutkimuslupa ja eettisen toimikunnan lausunto tulee erottaa toisistaan. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei yleensä tarvita, jos tutkimuksen kohteena on hoitohenkilöstö. Tutkijan on perehdyttävä hyvin kohdeorganisaation lupamenettelyihin. (Kankkunen ym. 2013, 222 – 223.) Haimme tutkimuslupaa valmiilla kaavakkeella ylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lausuntoa emme tarvinneet, koska kohderyhmänämme oli leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilöstö.

Tutkimuksemme kohderyhmä valikoitui aineistonkeruupäivänä olevista työntekijöistä, kuitenkin niin, että toimeksiantajamme valitsi ennalta salit, joissa tulisimme tekemään havainnointimme. Kohderyhmämme olivat siis sattumanvaraisesti valikoituja. Tutkittavien anonymiteetti suojattiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Emme keränneet tutkittavien henkilöiden tietoja ol- lenkaan ja näin varmistimme osaltaan anonymiteetin. Olemme kuvanneet tekstissämme suoria lainauksia niin, että tutkittavia henkilöitä ei pysty tunnistamaan niistä eli jouduimme karsimaan

osan tekstistä pois säilyttääksemme henkilöiden anonymiteetin. Heidän tietojaan ei siis vuotanut ulkopuolisten käsiin missään vaiheessa tutkimusta.

Eettisyys tuli huomioida kaikissa tutkimuksen vaiheissa, niin aiheen valinnasta tulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka. Meidän tutkijoina tuli huomioida havainnointitilanteessa mukana oleva potilas sekä koko leikkaustiimi. Havainnointilomakkeeseen emme keränneet sellaista tietoa, joista ilmenisi jotain tutkittavien henkilökohtaisia tietoja. Leikkaustiimin ja potilaan tuli tietää, miksi olemme toimenpidesalissa mukana ja mikä meidän rooli tutkijoina oli. Säilytimme tutkimusaineistot niin, etteivät ne päätyneet ulkopuolisten käsiin missään vaiheessa ja käytimme niitä ainoastaan vain tutkimuskäyttöön. (Kankkunen ym. 2013, 211 – 223.)

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (Finnish Social Science Data Archive, FSD) ohjeistaa, että tutkimusaineiston hävittäminen on hoidettava suunnitelmallisesti (Kankkunen ym. 2013, 226–227). Meidän tutkimusaineistoa oli paperiversiona sekä tietokoneelle kirjoitettuna. Tutkimusaineistona olivat havainnointilomakkeet sekä kenttämuistiinpanot. Paperiset versiot hävitimme paperisilppuriin ja poistimme kaikki tietokoneella olleet kenttämuistiinpanot.

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsi teoreettisen viitekehyksen käsitteiden määrittely. Määrittelimme käsitteet potilasturvallisuus, leikkaushoito, leikkaustiimin tarkistuslista ja leikkaustiimi, joihin etsimme teorian tietoa sekä kansallisista että kansainvälisistä lähteistä. Lähteinä käytimme muun muassa opinnäytetöitä, artikkeleita, kirjoja ja erilaisia internetsivustoja. Teimme koko tutkimusprosessin ajan lähteiden kriittistä arviointia, että ne olisivat mahdollisimman luotettavia ja soveliaita käytettäväksi opinnäytetyössämme. Havaitsimme sen, että tarkistuslistan käyttöä on tutkittu kansainvälisesti enemmän kuin Suomessa. Pohdimme, olisiko tähän syynä tarkistuslistan saaman suosituksen uutuus, koska Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on antanut suosituksen sen käyttöön ottamisesta kaikissa maamme leikkaustoimenpiteissä vuonna 2010 (Kainuun Sote 2014, 12).

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä on esitetty kirjallisuudessa monia versioita. Cuba ja Lincoln (1981 & 1985) ovat esittäneet yleisimmät, nykyäänkin käytössä olevat kriteerit laadulliselle tutkimukselle. Kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä

vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että lukijalle on kerrottu analyysin tekeminen mahdollisimman tarkasti, myös tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset on ilmaistu selkeästi. Uskottavuus kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkimuksen luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen ym. 2013, 197 - 198.)

Siirrettävyys kertoo siitä, kuinka hyvin tulokset ovat siirrettävissä johonkin toiseen kontekstiin eli tutkimusympäristöön. Tämän vuoksi on kuvattava huolellisesti tutkimusympäristö, osallistujien valinta sekä aineiston keruu ja analyysin tekeminen. Laadullisen tutkimuksen raporteissa on suositeltavaa käyttää kuvauksia materiaalistaan, vaikkakin suorien lainausten määrästä ja pituudesta on ristiriitaisia ohjeita. Eettisestä näkökulmasta katsottuna, tutkijan on huomioitava lainauksia käyttäessään, ettei tutkimukseen osallistuva ole tunnistettavissa. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Riippuvuus liittyy tutkimuksen toistamiseen, jolloin tarkastellaan, saadaanko tutkimusta toistettaessa samat tulokset. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka yksimielisiä muut tutkijat ovat tuloksista ja päätyvätkö he samoihin tuloksiin. (Kontiola 2012, Kananen 2008, 126 mukaan.)

Luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava tutkimuksen kohde ja tarkoitus. Mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Tutkimuksen kohteella tarkoitetaan tässä tapauksessa tutkittavaa ilmiötä. Luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkijan oma sitoutuminen tutkimuksen tekemiseen ja se tärkeyteen. Arvioinnissa on huomioitava miten aineistonkeruu on toteutettu ja mitä sen keräämiseen liittyviä erityispiirteitä on noussut esille. Tutkimuksen tiedonantajat ja muut tutkimukseen osallistuneet henkilöt tulee selvittää tekstistä. Tässä kohtaa on muistettava, ettei henkilöllisyys paljastu. Tutkimuksessa tulee olla myös arvio siitä, miten tutkijoiden ja tiedonantajien suhde toimi. Minkälaisella aikataululla tutkimus toteutettiin ja millä tavalla aineisto analysoitiin. Myös tutkimuksen eettisyyden pohdinta on hyvä näkyä tekstissä, sekä huomioida, millä tavalla tutkimus on raportoitu. Tiivistettynä, tutkijan on annettava lukijoille riittävästi tietoa tutkimuksen tekemisestä vaihe vaiheelta, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida. (Tuomi ym. 2002, 135 - 138.)

Opinnäytetyötä kirjoittaessa pyrimme kertomaan tutkimuksen vaiheet tarkasti lukijalle. Tutkijana pyrimme suhtautumaan objektiivisesti havainnointeja ja tutkimustuloksia tehdessä, koska meillä oli omat ennakkokäsityksemme tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät tutkimustuloksiin liitetyt suorat lainaukset tutkimusaineistoista. Tutkimusaineistosta esiin nostetut materiaalit kuvaavat tutkijoiden kokemuksia ilmiöstä ja näin ollen antavat erilaista ja täydentävää tietoa ulkopuolisen silmin katsottuna. Käytimme tutkimuksen tekemisessä ja sen

tulosten arvioinnissa monipuolista ja uutta materiaalia. Teorian laajuus ja siihen perehtyminen ennen havainnoinnin toteuttamista lisäsivät opinnäytetyömme luotettavuutta. Merkitsimme tekstiimme kaikki käyttämämme lähteiden viitteet annettujen ohjeiden mukaisesti ja arvioimme jatkuvasti käyttämiemme lähteiden luotettavuutta verraten lähteitä toisiinsa. Kainuun keskussairaalaan koskevia tietoja saimme toimeksiantajaltamme sähköpostitse ja yhteisissä tapamisissa.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa meidän tutkijoina tuli huomioida oman läsnäolomme vaikutusta tutkimustuloksiin. Oma läsnäolomme vaikutti ainakin havainnointimme ensimmäisinä kertoina. Tällöin oli selkeästi huomattavissa, että tarkistuslistan läpikäymiseen panostettiin. Kuitenkaan ensimmäisten havainnointikertojen jälkeen tätä ei ollut enää havaittavissa, sillä meihin tutkijoina oli jo totuttu ja meidät oli hyväksytty leikkaustiimin joukkoon. Mielestämme oman läsnäolon vaikutuksella tutkimustuloksiin ei ollut merkittävää vaikutusta tutkimuksen edetessä. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa pyrimme löytämään mahdollisimman uutta ja aiheeseen liittyvää teorialtietoa sekä tutkimuksia, jotka tukevat saamiamme tuloksia.

Opinnäytetyömme yksi luotettavuutta lisäävä tekijä oli tutkijatriangulaatio, joka tarkoittaa, että aineistonkeruuseen, analysointiin sekä tulosten tulkitsemiseen osallistui useampia tutkijoita (Hirsjärvi ym. 2010, 233). Tässä opinnäytetyössä tutkijoita oli kaksi, mikä vähensi tutkijoiden ennakkokäsitysten näkymistä tutkimusaineiston keräämisestä aina tutkimustuloksiin saakka. Aineiston analyysia aloittaessa sovimme yhteisen käytännön, minkä perusteella lähdimme aineistosta etsimään tuloksia, jotka vastasivat tutkimustehtäväämme. Aineistoja lukiessa ja vertaessa huomasimme tuloksissa yhtäläisyyksiä.

Mielestämme tutkimuksen luotettavuutta ei heikentänyt se, että kerroimme tutkittaville mitä olemme siellä tutkimassa. Perustelemme asiaa sillä, että tutkittavien toiminnassa ei ollut havaittavissa erityistä panostusta paitsi aineistonkeruun ensimmäisillä havainnointikerroilla. Perustelemme asiaa myös eettisyyden näkökulmasta. Tutkittavilla oli oikeus tietää, mitä tutkimme.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Huomasimme tutkimustuloksia tarkastellessa, että leikkauspotilaan tarkistuslistan vaiheiden (ennen induktiota, ennen toimenpiteen alkua, ennen salista poistumista) läpikäymisessä oli

huomattavia eroja. Ennen induktiota – vaihe toteutui lähes aina, kun taas ennen toimenpiteen alkua ja ennen salista poistumista – vaiheet jäivät usein tarkistamatta. Vastuu tarkistuslistan läpikäymisestä ennen toimenpiteen alkua – vaiheeseen asti oli anestesiologilla ja viimeinen vaihe jäi usein anestesiahoitajan vastuulle. Muutaman kerran anestesiahoitaja sekä instrumentoiva hoitaja joutuivat muistuttamaan anestesiologia tarkistuslistan läpikäymisestä. Siitä huolimatta tarkistuslistaa ei aina käyty läpi. Leikkaustiimien jäsenten väliseen vuorovaikutukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, varsinkin äänen käyttöön. On myös tärkeää, että koko leikkaustiimi huolehtii, että tarkistuslista tulee käytyä. Merkittävä huomio oli myös se, että tarkistuslistan konkreettinen lukeminen jäi ja tarkistettavia asioita tuli esille ulkomuistista.

Kehittämisehdotuksena on, että tarkistuslistan läpikäymisestä tehtäisiin osaston käyttöön opas, jossa tulee ilmi tarkistuslistan läpikäymisestä vastuussa oleva henkilö, sekä selkeät ohjeet listan läpikäymiseen. Opasta voitaisiin myös hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Osaston henkilökunnalle voitaisiin järjestää koulutustilaisuuksia aiheeseen liittyen tiedon ja motivaation lisäämiseksi. Koulutuksen sisältö voisi liittyä konkreettisesti tarkistuslistan käyttöön. Käyttöä voisi harjoitella koulutustilaisuudessa esimerkiksi muodostaen leikkaustiimejä, jotka keskenään harjoittelisivat tarkistuslistan käyttöä ja lopuksi antaisivat palautetta toisilleen. Koulutustilaisuuden päätteeksi voisi jokaiselta ryhmältä koota harjoituksesta palautteen, jonka pohjalta osaston työntekijät voisivat yhdessä kehittää heille sopivan tavan käyttää tarkistuslistaa. Koulutuksessa voisi myös pohtia, mitä seuraamuksia leikkauspotilaan tarkistuslistan laiminlyömisestä voi koitua niin leikkaus- ja anestesiaosastolle kuin yksittäiselle työntekijälle sekä potilaalle.

Toivoisimme, että kirurgian, anestesiologian ja hoitotyön johto ottaisivat tarkistuslistan puheeksi säännöllisin väliajoin ja muistuttaisi sen käytön tärkeydestä. Käytön toteutumista voisi tiedustella työntekijöiltä, jotta mahdollisiin epäkohtiin voitaisiin puuttua ajoissa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla tarkistuslistan käyttöön liittyvän oppaan kehittäminen osastolle. Jatkotutkimuksena voisi myös selvittää, millaisilla asioilla työntekijöiden motivaatiota ja tietoisuutta tarkistuslistan käytöstä ja tärkeydestä saisi lisättyä. Hyvänä jatkotutkimusaiheena olisi myös selvittää, mitä tarkistuslistan käytön laiminlyömisestä voisi seurata yksilötasolla.

6.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme keskeisimpinä kompetensseina olivat päätöksenteko-osaaminen sekä hoitotyön asiakkuusosaaminen. Päätöksenteko-osaamiseen sisältyy näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen, tavoitteellisen vuorovaikutuksen toteuttamisen hoitotyössä ja kriittisen ajattelutavan. Päätöksenteko-osaaminen on myös päätöksentekoprosessin hallitsemista sekä oikeaoppista dokumentointia. Siihen sisältyy myös tieto- ja viestintätekniikan perustaitojen hallitseminen sekä tietosuojan- ja turvan mukaisen toiminnan ymmärtäminen. Sairaanhoitajan asiakkuusosaamisen yhtenä toiminnan lähtökohtana on eettisten arvojen ja periaatteiden noudattaminen kaikessa hoitotyön toteuttamisessa. Sairaanhoitajan on tunnettava ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä hoitotyön eettiset ohjeet. (Opetusministeriö 2006, 63 – 65.) Opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme päätöksenteko-osaamisessa siten että, opimme tekemään työtämme koskevia päätöksiä sekä yhteistyöhön liittyviä päätöksiä. Asiakkuusosaamisemme kehittyi kun huomioimme eettiset periaatteet koko opinnäytetyöprosessin ajan. Eettisyys korostui erityisesti tutkimusvaiheessa sekä tulosten kirjoittamisessa. Jouduimme pohtimaan tulosten kirjoitusvaiheessa sitä, että tutkittavien anonymiteetti säilyy ja tekemään myös päätöksiä siitä, mitä tuloksia pystyimme julkaisemaan.

Opimme hyödyntämään näyttöön perustuvaa tietoa opinnäytetyön toteuttamisessa sekä tulvaisuutta varten opimme käyttämään erilaisia tutkimustuloksia hoitotyössä. Kehityimme asiantuntijoina koko opinnäytetyöprosessin aikana. Kehittymiseen vaikutti halu oppia ja tiedon monipuolinen kerääminen sekä ymmärtäminen. Asiantuntijuuden kehittymisen edellytyksenä on näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen kaikessa työssä. Opimme etsimään ja analysoimaan tietoa kriittisesti. Kehitimme yhteistyöosaamistamme koko opinnäytetyöprosessin aikana työskennellessämme toimeksiantajan sekä ohjaavan ja koordinoivan opettajan kanssa. Kehityimme hoitotyön asiantuntijoiksi, jotka osaavat ottaa huomioon potilasturvallisuuden kaikissa hoitotyön vaiheissa. Ymmärrämme kuinka suuri merkitys tarkistuslistalla on potilasturvallisuudelle niin leikkaussaliympäristössä, kuin muussakin hoitotyön ympäristössä.

Meidän oma tietämyksemme ja ymmärryksemme käsitellystä aiheesta ja siihen vahvasti liittyvästä teoriasta kasvoi opinnäytetyön prosessin ajan ja työn lopussa olimme jo paljon viisaampia asian suhteen. Aiheesta tuli molemmille erittäin tärkeä ja koimme että voimme hyödyntää omaa tietämystämme myös tulevaisuudessa.

Haasteita oli matkanvarrella paljon, esimerkiksi tutkimuksen aikataulun suunnittelussa sekä työnjaossa. Opinnäytetyöprosessin aikana omat valinnat ja oman ajanhallinta olivat merkittävämpiä haasteita tätä tehdessä. Järkevä aikataulutus oli haasteellista prosessin alkuvaiheessa, mutta mielestämme se parantui loppua kohden. Päätimme etukäteen päiviä, jolloin teemme opinnäytetyötämme, sillä opiskelu, työt ja muut vapaa-ajan sovitut menot asettivat rajoituksia tutkimuksen tekemiselle. Kaiken kaikkiaan, pääsimme opinnäytetyössämme haluttuun tavoitteeseen ja mielestämme onnistuimme siinä hyvin.

LÄHTEET

Anttila, V-J. 2013. Mikrobilääkeprofylaksi leikkauksissa. Suomen lääkäri-lehti 48/2013 vsk 68. 3149 – 3151. Viitattu 21.11.2014.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48_1.pdf

Burns, N. & Grove, S, K. 1999. Understanding nursing research. Second edition. W.B. Saunders Company. 338 – 339.

Cullati, S., Licker, M-J., Francis, P., Degiorgi, A., Bezzola, P., Courvoisier, D. & Chopard, P. 2014. Implementation of the Surgical Safety Checklist in Switzerland and Perceptions of Its Benefits: Cross-Sectional Survey. Plos one. July 2014. Volume 9. Issue 7. 1 – 3. Ebsco. Viitattu 30.4.2015.

Etula, J., Korolainen, J. & Lilja, J. 2013. Leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuus. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Theseus. Viitattu 21.11.2014.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56275/Etula_Jani.pdf?sequence=1

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset. 92–94, 130–131, 136 - 137.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy. 13, 19, 20 - 21, 203 – 204.

Hentunen, K. & Liedes, T. 2014. Kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä. Kysely Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Theseus. 18, 27 - 33, 47 - 49. Viitattu 15.10.2014. http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/75528/Liedes_Tanja.pdf?sequence=1

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 157, 160, 187 – 215.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 204.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Intraoperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 472, 479 – 482

Ikonen, T. & Pauniahio, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest. 108 - 111. Viitattu 1.10.2014.

http://www.finnanest.fi/files/ikonen_leikkaustiimin.pdf

Infektioriskin pienentäminen. n.d. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 9.12.2014.

http://www.hus.fi/potilaalle/potilasturvallisuus_hussa/infektioturvallisuus/Sivut/Infektioriskin-pienent%C3%A4minen.aspx

Juutilainen, T. 2009. Kirurgisten hoitotoimenpiteiden komplikaatiot. Terveyskirjasto. Viitattu 20.11.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00141

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2012. Leikkaus- ja anestesiayksikkö. Viitattu 3.11.2014.

http://sote.kainuu.fi/leikkaus_anestesia

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2014. Potilasturvallisuustiedote 1/2014. Tarkistuslistan käyttö leikkaussalissa. 12. Viitattu 3.11.2014.

file:///C:/Users/Anni/Downloads/K%253a%255cTurvallisuus%255cPotilasturvallisuustiedote_1_2014.pdf

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 167, 197 – 198, 211 - 223, 226 – 227.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry. Helsinki. 94 – 95.

Kontiola, J. 2012. Perehdyttämisen kehittäminen. Case Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Liiketalouden yksikkö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Liiketalouden koulutusohjelman opinnäytetyö. 30. Theseus. Viitattu 19.11.2014.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44796/Kontiola_Johanna.pdf?sequence=1

Kujamäki, H., Nelimarkka, S. & Ovaskainen, N. 2015. Leikkaustiimin tarkistuslistan käytön toteutuminen Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksiköissä 4301 ja 4302. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. 21 – 24. Theseus. Viitattu 8.5.2015

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89444/Valmis_oppari_theseus.pdf?sequence=1

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 113.

Leikkaustiimin tarkistuslista – KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN. 2010. Operatiivinen tulosyksikkö. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Viitattu 13.11.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2e9b3551-9389-419c-ac76-860507187ddf>

Leikkaussalissa tapahtuu. 2014. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 2.10.2014.

http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/leikkaussalissa-tapahtuu/#.VC0e4_1_ts8

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Optimateriaalit Oy. 20 – 22, 45 – 47, 136, 163, 237, 259, 287.

Mertanen, M., Pitkänen, P. 2013. Tarkistuslista hoitotyössä – hoitonetti. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Theseus. Viitattu 20.11.2014.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68040/Mirja.Mertanen.Piia.Pitkanen.pdf?sequence=1>

Mitä on potilasturvallisuus? 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.9.2014.

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Koepalat kertovat diagnoosin. Terveyskirjasto. Viitattu 21.11.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk05080

Mäenpää, S. 2009. Kainuun korvessa kehityksen kärjessä. Finnanest sairaalakierroksella. Osa 7. Kainuun keskussairaala. Teho-osasto. 150 – 151. Viitattu 3.11.2014.

http://www.finnanest.fi/files/maenpaa_kainuun.pdf

Männikkö, P. 2013. Kirurgin kaverit. Tesso. Viitattu 29.9.2014

<http://www.tesso.fi/artikkeli/kirurgin-kaverit>

Niemi, T. & Lassila, R. 2004. Leikkauspotilaan antitromboottinen lääkitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 18.11.2014.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94314

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. 63 – 65. Viitattu 22.1.2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 49/2009. Suomen lääkärilehti. Vsk 64. 4249 - 4254. Viitattu 29.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalu/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

Potilasturvallisuusopas. 2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print. Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 30.9.2014.

<http://www4.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

Punnonen, H. 2013. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2013. Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Esh13 1-12. Vuosikatsaus. Kuntaliitto. 19.

Saarinen, J. 2012. Turvallinen hoito. Suomen lääkärilehti. Helsinki. Viitattu 15.10.2014. http://www.laakarilehti.fi/kommentti/?type=7/news_id=11772/Turvallinen+hoito

Sillanpää, P. 2009. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Theseus. 37 - 40. Viitattu 20.11.2014. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5920/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>

Sipilä, R. 2011. Antibioottiprofylaksian merkitys leikkauspotilaan ennusteeseen. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 21.11.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositusjsessionid=DE3356EF6BB1E2B723EC7941DE42B134?id=nak05004>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Viitattu 30.9.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Potilasturvallisuuden edistämisen työryhmä. 1 – 6. Viitattu 26.4.2015.

<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/OPAS+LEIKKAUSTIIMIN+TARKISTUSLISTAN.pdf/6f18969a-8808-47f1-b30f-256f781cafee>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 1.10.2014

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

Tilastotieto. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.9.2014

<http://www.thl.fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tilastotieto>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 87-88, 95 – 102, 135 – 138.

Vaasan keskussairaala. 2014. Valmistautuminen anestesiaan. Viitattu 17.11.2014

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Paivakirurgia/Anestesia/Valmistautuminen

Valvira. 2015. Leikkaussalin tarkistuslista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 19.5.2015.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin_tarkistuslista

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 2007. 38 – 39, 78, 81, 86 – 89.

World Health Organization 2008. Implementation manual surgical safety checklist (first edition) [verkko-opas]. World Health Organization. Viitattu 9.12.2014.

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finnalJun08.pdf

[illegible]

LIITE 2 Kainuun keskussairaalan leikkauspotilaan tarkistuslista



Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Sosiaali- ja terveystoimi
Kainuun keskussairaala

Leikkaus- ja anestesiaosasto

LEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTA

1) ENNEN INDUKTIOTA	2) ENNEN TOIMENPITEEN ALKUA
<input type="checkbox"/> Henkilöllisyys todettu <input type="checkbox"/> Toimenpide tarkistettu Puoli: <input type="checkbox"/> Merkitty <input type="checkbox"/> Ei tarpeen <input type="checkbox"/> Allergiat tarkistettu ja huomioitu <input type="checkbox"/> Ravinnotta oloaika tarkistettu <input type="checkbox"/> Anestesiakone tarkistettu <input type="checkbox"/> Imu toimii <input type="checkbox"/> Pulssioksimetri ja muut valvontalaitteet kytketty Hyytymiseen vaikuttava lääkitys käytössä (Klexane, Marevan, Plavix, ASA) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, huomioitu Ilmatie arvioitu <input type="checkbox"/> Ei erityistä <input type="checkbox"/> Ongelmia odotettavissa, välineet saatavilla Aspiraattoriski arvioitu <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Kohonnut, huomioitu Vuotoriski > 500 ml (tai > 7 ml/kg) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä - riittävä i.v.-yhteys ja verivaraus tehty	Antibioottiprofylaksia <input type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Annettu tunnin sisällä Röntgenkuvat esillä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei tarvetta Tulipaloriski koholla <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Laser - huomioitu <input type="checkbox"/> KNK/pään/kaulan alueen tmp – varauduttu Odotettavissa olevat ongelmat tuotu esille <input type="checkbox"/> Anestesia lääkäri <input type="checkbox"/> Toimenpidelääkäri
	3) ENNEN SALISTA POISTUMISTA
	<input type="checkbox"/> Toimenpide kirjattu <input type="checkbox"/> Instrumenttien, neulojen ja taitosten lukumäärä täsmää. PAD <input type="checkbox"/> Ei otettu <input type="checkbox"/> Nimetty ja valmis lähetettäväksi Jatkohoito-ohjeet kysytty ja kirjattu <input type="checkbox"/> kipulääkkeet (allergiat huomioitu) <input type="checkbox"/> tromboosiprofylaksia tarve <input type="checkbox"/> muut

LIITE 3 Tutkimuslupahakemus



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Hakemus / lupa

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Kirsi Tervo Anni Nieminen	Osoite [REDACTED]	Puhelin [REDACTED]
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Leikkauspotilaan tarkistuslistan käytön toteutuminen Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla		
Mihin tulosalueen/ vastuualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Tarkoituksena on kartoittaa, kuinka Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustiimit käyttävät leikkauspotilaan tarkistuslistaa. Tavoitteena on saada leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä tutkittua tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiaosasto voi kehittää toimintatapojaan potilasturvallisuutta edistävästi. Toteutamme opinnäytetyömme havainnointitutkimuksena. Havainnoimme toimenpiteiden aikana leikkaustiimien toimintaa ja potilasturvallisuuden toteutumista.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Havainnoinnin toteutamme kevään 2015 aikana, opinnäytetyö on valmis toukokuussa 2015.		
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)		
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> Tulosalue / vastuualue/ tulosyksikkö, josta sovitti kanssa		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____		
Työryhmä		
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Yksikkö / terveysasema Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat)		

Päätös

<input type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätillaa kääntöpuolella)
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____
<input type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä <input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä <input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Hakemus / lupa

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

3.1.
201
3/ik

Pvm ja allekirjoitus

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulosyksikön osastonhoitajalle ja hallintoylihoitaja
Marjo Huovinen-Tervolle (Urho Kekkosenkatu 2-4, 87100 Kajaani)

LIITE 4 Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE

KAJAANI 16.1.2015

HYVÄ LEIKKAUS - JA ANESTESIAOSASTON HOITOHENKILÖKUNTA!

Olemme Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyönämme havainnointitutkimuksen leikkaustiimien toiminnasta ja potilasturvallisuuden toteutumisesta toimenpiteiden aikana Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa kuinka Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaustiimit käyttävät leikkauspotilaan tarkistuslistaa. Tavoitteena on saada tutkittua tietoa leikkauspotilaan tarkistuslistan käytöstä ja saatujen tutkimustietojen perusteella osastonne toimintatapoja voidaan kehittää. Tätä myötä myös potilasturvallisuus paranee.

Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa vain teidän oman työnne toteuttamista. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan, eli tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Tutkimuksesta on mahdollisuus kieltäytyä tai sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Toivomme kuitenkin meidän opinnäytetyön kehittämisen kannalta, että osallistujia olisi mahdollisimman paljon ja saisimme luotettavaa tietoa opinnäytetyötämme varten. Suoritamme havainnoinnin kevään 2015 aikana.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Taina Romppanen Kajaanin ammattikorkeakoulusta, puh. [REDACTED] Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi. Jos teillä on kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voitte olla yhteydessä ohjaajaamme tai meihin opinnäytetyöntekijöihin.

Ystävällisin terveisin

Kirsi Tervo



Anni Nieminen



LIITE 5 Havainnointilomake

HAVAINNOINTILOMAKE

HAVAINNOIJA:

AIKA:

PAIKKA:

TOIMENPIDE:

LEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTAN LÄPIKÄYMINEN

1. Ennen induktiota	Toteutuu	Osittain	Ei toteudu	Ei tarvetta
-Henkilöllisyyden ja toimenpiteen toteaminen				
-Toimenpidepuolen merkitseminen (jos tarvetta)				
-Allergiat huomioitu				
-Ravinnottaolo tarkistettu				
-Anestesiakoneen ja imun tarkistaminen				
-Valvontalaitteiden kytkeminen				
-Veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys				
-Ilmateiden arviointi tehty				
-Aspiraatoriski huomioitu				
-Verenvuotoriski arvioitu				

2. Ennen toimenpiteen alkua				
-Antibioottiprofylaksian tarve huomioitu (jos tarvetta)				
-Tarvittavat röntgenkuvat esillä (jos tarvetta)				
-Tulipaloriski huomioitu				
-Odotettavissa olevat ongelmat tuotu ilmi				
<ul style="list-style-type: none"> Anestesiologi Kirurgi 				

3. Ennen salista poistumista				
-Toimenpide kirjattu				
<ul style="list-style-type: none"> Operalle Anestesiakaavakkeelle 				
-Instrumentit laskettu				
-Neulat laskettu				
-Taitokset laskettu				
<ul style="list-style-type: none"> lukumäärä täsmää 				
-PAD (jos tarvetta) nimetty ja valmis lähetettäväksi				
-Jatkohoito-ohjeet kysytty ja kirjattu				
<ul style="list-style-type: none"> Kipulääkkeet Tromboosiprofylaksian tarve (jos tarvetta) Muut hoito-ohjeet 				

MITEN LISTA KÄYDÄÄN LÄPI

(Selkeys, kuuluvuus, keskittyvätkö kaikki jäsenet listan läpikäymiseen, kohta kohdalta läpikäyminen)

KUKA OTTAA VASTUUN LISTAN LÄPIKÄYMISESTÄ JA VAHVISTAA SEN ÄÄNEEN

(Ammattinimike/Rooli)

MUUTA HUOMIOITAVAA